RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2009-2010

DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Québec

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2009-2010

DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Santé
et Services sociaux
Québec

Édition :
La Direction des communications
du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec

Le présent document a été publié en quantité limitée
et n'est maintenant disponible qu'en version électronique à l'adresse :
www.msss.gouv.qc.ca section **Documentation**, rubrique **Publications**.

Le genre masculin utilisé dans le document désigne aussi bien les femmes que les hommes.

Dépôt légal
Bibliothèque et Archives nationales du Québec, 2010
Bibliothèque et Archives Canada, 2010

ISBN : 978-2-550-60118-0 (version imprimée)
ISBN : 978-2-550-60119-7 (version PDF)

Tous droits réservés pour tous pays. La reproduction, par quelque procédé que ce soit, la traduction ou la diffusion de ce document, même partielles, sont interdites sans l'autorisation préalable des Publications du Québec. Cependant, la reproduction de ce document ou son utilisation à des fins personnelles, d'étude privée ou de recherche scientifique, mais non commerciales, sont permises à condition d'en mentionner la source.

© Gouvernement du Québec, 2010

RAPPORT ANNUEL DE GESTION 2009-2010

DU MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

Santé
et Services sociaux
Québec

Message des ministres

Monsieur Yvon Vallières
Président de l'Assemblée nationale du Québec
Hôtel du Parlement
Québec (Québec)

Monsieur le Président,

Nous avons le plaisir de vous transmettre le *Rapport annuel de gestion 2009-2010* du ministère de la Santé et des Services sociaux. Ce rapport présente les résultats obtenus au regard du Plan stratégique 2005-2010, du Plan d'action de développement durable 2009-2013 et de la Déclaration de services aux citoyens. Le document fait également état de l'utilisation des ressources allouées au Ministère ainsi que de l'application de politiques et de programmes gouvernementaux.

Nous sommes particulièrement fiers des actions réalisées au cours de l'année 2009-2010. Il importe de mentionner, entre autres, les efforts considérables accomplis dans toutes les régions du Québec pour réduire la propagation de la grippe A(H1N1) au sein de la population et pour en gérer avec efficacité les conséquences.

Par ailleurs, l'année 2009-2010 s'est caractérisée par une amélioration notable de l'accessibilité à des services généraux et spécialisés, dont une augmentation du nombre de groupes de médecine de famille et de cliniques-réseau. Un plus grand nombre de personnes âgées en perte d'autonomie et de personnes ayant une déficience ont reçu des services de soutien à domicile, et cela, avec plus d'intensité. Des gains appréciables ont également été obtenus en santé mentale et en protection de la jeunesse. D'importants travaux se sont poursuivis pour promouvoir l'excellence clinique et pour faciliter l'échange électronique de l'information clinique. Enfin, plusieurs actions ont été menées afin de faciliter le recrutement et la rétention de la main-d'œuvre ainsi que la gestion de la présence au travail.

Ces résultats n'auraient pu être atteints sans le dévouement et l'implication dont le personnel du Ministère et du réseau de la santé et des services sociaux a fait preuve. Nous tenons donc à lui mentionner notre gratitude pour sa précieuse collaboration, par laquelle il contribue à l'accomplissement de notre mission.

Nous vous prions d'agréer, Monsieur le Président, l'expression de nos sentiments distingués.

Yves Bolduc
Ministre de la Santé et des Services sociaux

Dominique Vien
Ministre déléguée aux Services sociaux

Message du sous-ministre

Monsieur Yves Bolduc
Ministre de la Santé et des Services sociaux

Madame Dominique Vien
Ministre déléguée aux Services sociaux

Madame,
Monsieur,

Nous vous soumettons le *Rapport annuel de gestion 2009-2010* du ministère de la Santé et des Services sociaux. Ce document témoigne des principales réalisations du Ministère ainsi que du réseau de la santé et des services sociaux pour l'exercice financier se terminant le 31 mars 2010. Il présente notamment les résultats obtenus au regard des objectifs du Plan stratégique 2005-2010, du Plan d'action de développement durable 2009-2013 et de la Déclaration de services aux citoyens.

Le rapport annuel de gestion comprend une déclaration de la direction du Ministère relativement à la fiabilité des données qui y sont présentées. La validation de l'information a été effectuée par la Direction de la vérification interne, à la demande du Comité ministériel de vérification.

Nous tenons à remercier le personnel du Ministère et du réseau de son engagement, tout particulièrement en cette année qui fut marquée par la grippe A(H1N1). En plus des efforts que les effectifs ont consentis à la réalisation des actions sous leur responsabilité, cet événement leur a demandé une mobilisation et une coordination exceptionnelles à l'échelle provinciale, régionale et locale.

Nous vous prions d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Jacques Cotton
Sous-ministre

Table des matières

Liste des sigles 13

La déclaration de fiabilité de la direction du ministère de la Santé et des Services sociaux 15

Le rapport de validation de la Direction de la vérification interne 17

Partie 1

Le ministère de la Santé et des Services sociaux 19

1.1 La mission 19

1.2 L'organisation administrative 19

1.3 Le réseau de la santé et des services sociaux 20

Partie 2

Le contexte et les faits saillants de l'année 2009-2010 23

2.1 La grippe A(H1N1) 23

2.2 L'adoption de la Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée 24

2.3 L'adoption de la Loi sur le recouvrement du coût des soins de santé et des dommages-intérêts liés au tabac 25

2.4 L'adoption de la Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant et modifiant diverses dispositions législatives 25

2.5 Le dépôt du projet de loi sur la création de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux 25

2.6 Le Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013 26

2.7 Les plans d'action ministériels visant à assurer l'accessibilité et la qualité des services de santé 26

2.8 L'intervention à la suite du séisme en Haïti 26

2.9 Les actions pour réduire la rareté de la main-d'œuvre 27

Partie 3

Les résultats au regard du Plan stratégique 2005-2010 29

ENJEU

3.1 Le développement d'actions efficaces en amont des problèmes 30

3.1.1 Les saines habitudes de vie 30

3.1.2 La prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang 31

3.1.3 Autres résultats 31

ENJEU

3.2 L'adaptation de l'organisation des services afin d'assurer une meilleure accessibilité et une plus grande continuité des services, particulièrement pour les clientèles les plus vulnérables 32

3.2.1 Les groupes de médecine de famille 32

3.2.2 Les urgences 34

3.2.3 Les chirurgies et la cardiologie tertiaire 35

3.2.4 La lutte contre le cancer 37

3.2.5 Les services de soutien à domicile 39

3.2.6 La qualité des services dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée 41

3.2.7 Les services destinés aux jeunes et à leur famille 42

3.2.8 Les services de santé mentale 45

3.2.9 Les services destinés aux personnes présentant une déficience physique 48

3.2.10 Les services destinés aux personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement 50

3.2.11 Les services destinés aux personnes aux prises avec une dépendance 51

3.2.12 Les services aux communautés crie et inuite 52

3.2.13 Autres résultats 54

ENJEU

3.3 L'amélioration de la qualité des services ainsi que l'optimisation de l'utilisation des ressources qui soutiennent la dispensation des services 56

3.3.1 La qualité et la prestation sécuritaire des services 56

3.3.2 L'information à la population 57

3.3.3 Les effectifs médicaux 59

3.3.4 Le personnel du réseau 62

3.3.5 L'utilisation des ressources informationnelles 66

ENJEU

3.4 La gestion efficiente des ressources financières allouées au réseau de la santé et des services sociaux 68

3.4.1 L'utilisation des ressources financières 68

Partie 4

Les résultats au regard du Plan d'action de développement durable 2009-2013 .. 71

4.1 Orientation gouvernementale 1 : Informer, sensibiliser, éduquer, innover 71

4.1.1 Action 1 : Sensibilisation et formation des employés du Ministère à la démarche gouvernementale de développement durable 71

4.2 Orientation gouvernementale 2 : Réduire et gérer les risques pour améliorer la santé, la sécurité et l'environnement 72

4.2.1 Action 2 : Organisation en santé 72

4.2.2 Action 3 : Politiques alimentaires 73

4.2.3 Action 4 : Renforcement de la pratique d'évaluation d'impact des politiques publiques sur la santé 74

4.2.4 Action 5 : Promotion d'environnements extérieurs sains et sécuritaires dans le réseau de la santé et des services sociaux 75

4.3 Orientation gouvernementale 3 : Produire et consommer de façon responsable 76

4.3.1 Action 6 : Adoption d'un cadre de gestion environnementale et de pratiques d'acquisitions écoresponsables 76

4.3.2 Action 7 : Gestion des matières résiduelles 77

4.3.3 Action 8 : Retraitement des dispositifs médicaux 78

4.3.4 Action 9 : Intégration de critères d'écoresponsabilité dans les appels d'offres 79

4.3.5 Action 10 : Critères d'écoresponsabilité pour les projets de construction 79

4.3.6 Action 11 : Valorisation des aides techniques suppléant à une déficience motrice 80

4.3.7 Action 12 : Promotion et soutien de projets ayant recours à des énergies renouvelables .. 81

4.3.8 Action 13 : Normalisation d'un système de chauffage auxiliaire pour les ambulances 82

4.4 Orientation gouvernementale 6 : Aménager et développer le territoire de façon durable et intégrée 83

4.4.1 Action 14 : Soutien au réseau et mise en commun des initiatives 83

4.4.2 Action 15 : Surveillance des caractéristiques des communautés 84

4.4.3 Action 16 : Déploiement de la télésanté 85

Partie 5

Les résultats au regard de la Déclaration de services aux citoyens 87

5.1 Les renseignements généraux sur les services de santé et les services sociaux 87

5.2 Les renseignements, l'aide et les conseils destinés aux personnes et aux familles qui ont le projet d'adopter un enfant domicilié à l'extérieur du Québec 88

5.3 Les renseignements concernant la Loi sur le tabac et les inspections liées à son application 90

5.4 Les plaintes 91

Partie 6

L'utilisation des ressources 93

6.1 Les ressources humaines 93

6.2 Les ressources budgétaires et financières 94

6.3 Les ressources informationnelles 97

6.3.1 Les ressources informationnelles du réseau et du Ministère 97

6.3.2 Le Dossier de santé du Québec 99

Partie 7

L'application de certaines politiques gouvernementales 103

7.1 L'accès à l'égalité en emploi 103

7.2 L'égalité entre les femmes et les hommes 106

7.3 L'accès à l'information et la protection des renseignements personnels 108

7.4 La politique linguistique 109

7.5 Le développement durable et les changements climatiques 109

7.6 Le bilan des activités de la Table de coordination nationale des réseaux universitaires intégrés de santé 110

7.7 Le suivi des recommandations des rapports du Vérificateur général du Québec 112

7.8 L'application de l'article 6 du Règlement sur l'éthique et la discipline dans la fonction publique 115

7.9 Le Plan d'action gouvernemental 2008-2013, titré *La diversité : une valeur ajoutée* 116

7.10 La Politique de financement des services publics 117

Annexes 119

Annexe I La liste des lois dont la responsabilité de l'application relève, partiellement ou totalement, du ministre de la Santé et des Services sociaux 119

Annexe II L'organigramme du ministère de la Santé et des Services sociaux 120

Annexe III Les organismes placés sous la responsabilité du ministre de la Santé et des Services sociaux 123

Annexe IV Le bilan de la réalisation du Plan stratégique 2005-2010 131

Annexe V L'évolution des résultats au regard des objectifs du Plan stratégique 2005-2010 147

Liste des sigles

CHQ	Corporation d'hébergement du Québec
CHSLD	Centre d'hébergement et de soins de longue durée
CHU	Centre hospitalier universitaire
CHUM	Centre hospitalier de l'Université de Montréal
CLSC	Centre local de services communautaires
CSSS	Centre de santé et de services sociaux
CUSM	Centre universitaire de santé McGill
DHCEU	Diplômé hors du Canada et des États-Unis
DSQ	Dossier de santé du Québec
ETC	Équivalent temps complet
GMF	Groupe de médecine de famille
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IPS	Infirmière praticienne spécialisée
ISC	Inforoute Santé du Canada
ITSS	Infection transmissible sexuellement et par le sang
LPJ	Loi sur la protection de la jeunesse
LSJPA	Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
OPHQ	Office des personnes handicapées du Québec
PREM	Plan régional d'effectifs médicaux
RAMQ	Régie de l'assurance maladie du Québec
RUIS	Réseau universitaire intégré de santé
SIDEP	Service intégré de dépistage et de prévention
VIH	Virus de l'immunodéficience humaine

La déclaration de fiabilité de la direction du ministère de la Santé et des Services sociaux

Les résultats et l'information contenus dans le présent rapport annuel de gestion relèvent de la responsabilité de la direction du Ministère. Cette responsabilité porte sur l'exactitude, l'intégralité et la fiabilité des données, de l'information et des explications qui y sont présentées.

Tout au cours de l'exercice financier, la direction a maintenu des systèmes d'information et des mesures de contrôle fiables, de manière à assurer la réalisation des objectifs fixés.

De plus, la Direction de la vérification interne a évalué le caractère plausible des résultats, des indicateurs et des explications que contiennent les trois sections touchant la présentation des résultats du rapport annuel de gestion et elle a produit un rapport de validation à ce sujet.

À notre connaissance, l'information[1] présentée dans le *Rapport annuel de gestion 2009-2010* du ministère de la Santé et des Services sociaux ainsi que les contrôles y afférents sont fiables, et cette information correspond à la situation telle qu'elle se présentait au 31 mars 2010.

Les membres du Comité de direction,

Jacques Cotton
Sous-ministre

Michel A. Bureau
Directeur général
Services de santé et médecine universitaire

Denis Lalumière
Sous-ministre adjoint
Planification, performance et qualité

Sylvain Gagnon
Sous-ministre adjoint
Services sociaux

Michel Delamarre
Sous-ministre adjoint
Personnel réseau et ministériel

Alain Poirier
Directeur national de santé publique et sous-ministre adjoint

Lise Verreault
Sous-ministre adjointe
Coordination, financement, immobilisations et budget

Marc Vézina
Directeur général par intérim
Technologies de l'information

Jean-Guy Lemieux
Sous-ministre adjoint
Affaires ministérielles et institutionnelles

Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec, septembre 2010

1. Voir la section relative à la fiabilité des résultats, à la partie 3 – Les résultats au regard du Plan stratégique 2005-2010.

Le rapport de validation de la Direction de la vérification interne

Monsieur le Sous-ministre,

Nous avons procédé à l'examen des résultats, des indicateurs et des commentaires que contiennent les sections « Les résultats au regard du Plan stratégique 2005-2010 », « Les résultats au regard du Plan d'action de développement durable 2009-2013 », « Les résultats au regard de la Déclaration de services aux citoyens » ainsi que les annexes IV et V du rapport annuel de gestion du ministère de la Santé et des Services sociaux pour l'exercice qui s'est terminé le 31 mars 2010. La responsabilité de l'exactitude, de l'intégralité et de la divulgation de ces données incombe à la direction du Ministère.

Notre responsabilité consiste à évaluer le caractère plausible et la cohérence de l'information, en nous basant sur le travail que nous avons accompli au cours de notre examen.

Notre examen a été effectué en s'inspirant des normes internationales pour la pratique professionnelle de l'audit interne élaborées par l'Institut de l'Audit Interne (The Institute of Internal Auditors). Les travaux ont consisté essentiellement à obtenir des renseignements et des pièces justificatives, à mettre en œuvre des procédés analytiques, à colliger l'information sur le fonctionnement des mécanismes de compilation, à réviser des calculs et à discuter de l'information fournie. Notre examen ne constitue pas une vérification.

Au terme de notre examen, nous n'avons rien relevé qui nous porte à croire que l'information contenue dans les sections « Les résultats au regard du Plan stratégique 2005-2010 », « Les résultats au regard du Plan d'action de développement durable 2009-2013 », « Les résultats au regard de la Déclaration de services aux citoyens » ainsi que dans les annexes IV et V du rapport annuel de gestion n'est pas, à tous égards importants, plausible et cohérente.

La Direction de la vérification interne,

Suzanne Pitre
Directrice

Cabinet du sous-ministre
Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec, septembre 2010

Partie 1

Le ministère de la Santé et des Services sociaux

1.1 La mission

Le Ministère a pour mission de maintenir, d'améliorer et de restaurer la santé ainsi que le bien-être des Québécoises et des Québécois en rendant accessible un ensemble de services de santé et de services sociaux intégrés et de qualité ; il contribue ainsi au développement social et économique du Québec.

Le rôle premier du Ministère consiste à voir au bon fonctionnement du système de santé et de services sociaux du Québec. À cette fin, le Ministère a la responsabilité de définir les priorités, les objectifs et les orientations dans le domaine de la santé et des services sociaux, et il veille à leur mise en application. De plus, il évalue les résultats obtenus par rapport aux objectifs fixés.

En vertu de son mandat, le Ministère propose à l'État et aux autres acteurs sociaux des priorités d'intervention pour agir positivement sur les conditions qui favorisent la santé et le bien-être de la population.

Les lois régissant et encadrant les activités du Ministère sont présentées à l'annexe I.

1.2 L'organisation administrative

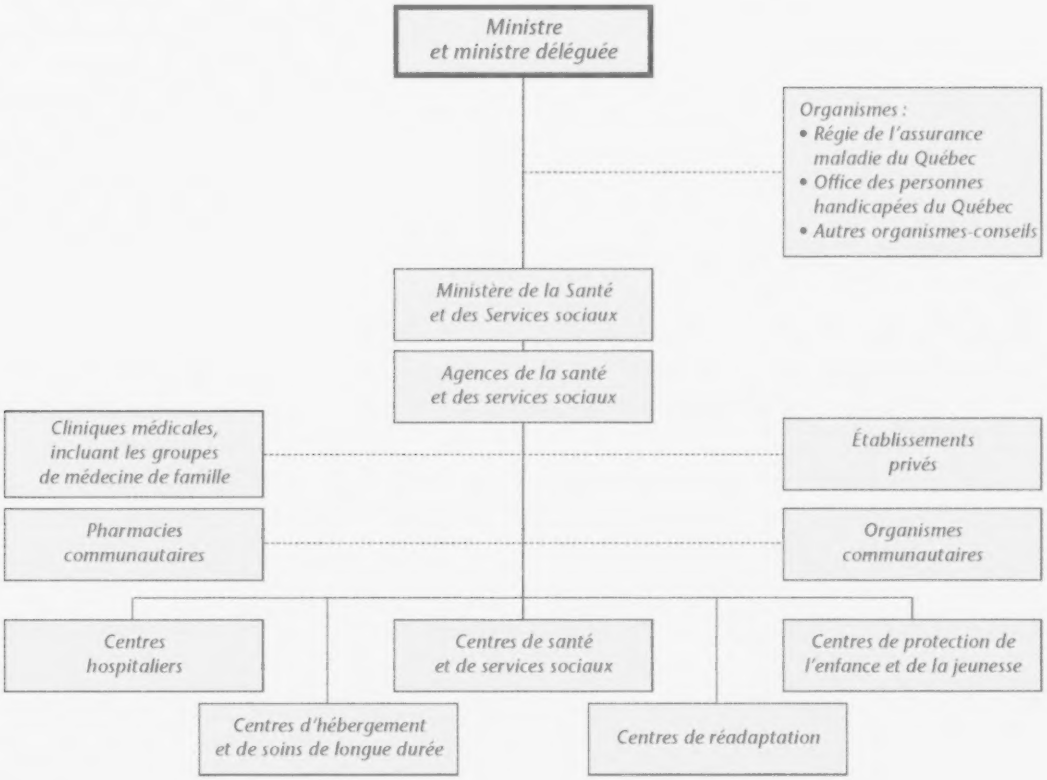
Au 31 mars 2010, le Ministère compte sept directions générales :

- la Direction générale de la santé publique ;
- la Direction générale des services sociaux ;
- la Direction générale des services de santé et de la médecine universitaire ;
- la Direction générale de la planification stratégique, de l'évaluation et de la qualité ;
- la Direction générale du personnel réseau et ministériel ;
- la Direction générale de la coordination, du financement, des immobilisations et du budget ;
- la Direction générale des technologies de l'information.

La direction supérieure du Ministère, assumée par le sous-ministre, comprend le Secrétariat général, la Direction de la vérification interne, la Direction des communications, la Direction des affaires juridiques et le Service de l'accès à l'information et des ressources documentaires. En 2009-2010, quelques aménagements ont été apportés à l'organisation administrative du Ministère. Ainsi, le Bureau du Dossier de santé du Québec a été intégré à la Direction générale des technologies de l'information et un nouveau sous-ministre adjoint, responsable des affaires ministérielles et institutionnelles, a été nommé. L'organigramme du Ministère est présenté à l'annexe II.

Par ailleurs, 15 organismes liés au domaine de la santé et des services sociaux relevent du ministre. La liste de ces organismes est présentée à l'annexe III. La reddition de comptes du Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise, du Comité pour la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles et du Bureau de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal – Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), Centre universitaire de santé McGill (CUSM) et Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine – y est également présentée puisque ces organismes ne publient pas leur propre rapport annuel de gestion.

1.3 Le réseau de la santé et des services sociaux



Les organisations régionales

Le Ministère exerce sa mission en partageant ses responsabilités avec dix-huit autorités régionales qui veillent à l'organisation des services sur leur territoire respectif. On compte quinze agences de la santé et des services sociaux ; les autres organisations régionales sont le Centre régional de santé et de services sociaux de la Baie-James, la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik et le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James.

Les quinze agences de la santé et des services sociaux ainsi que les trois autres autorités régionales sont responsables de coordonner la mise en place des services de santé et des services sociaux dans leur région respective. En outre, elles facilitent le développement et la gestion des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux. Enfin, elles doivent avoir une préoccupation particulière en matière de santé publique, d'allocation budgétaire, de ressources humaines et de services spécialisés.

Les établissements

En 2009-2010, le réseau de la santé et des services sociaux comprenait 292 établissements ; 191 étaient publics et 101, privés. Ces établissements constituent des entités juridiques ayant des capacités et des responsabilités légales. Ils détiennent un permis du ministre pour offrir des services correspondant aux cinq grandes missions définies par la Loi sur les services de santé et les services sociaux[2]. Les établissements gèrent 1 732 installations, ou lieux physiques, où sont offerts des soins de santé et des services sociaux à la population du Québec.

Les 191 établissements publics se répartissent comme suit :

- 95 centres de santé et de services sociaux (CSSS) formés du regroupement de centres locaux de services communautaires (CLSC), de centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) et, pour 79 d'entre eux, d'un centre hospitalier ;
- 28 établissements exploitant la mission d'un centre hospitalier – dont 20 remplissent également celle d'un CHSLD et 2 assument celles d'un CHSLD et d'un centre de réadaptation ;
- 7 établissements exploitant la mission d'un CHSLD ;
- 16 établissements, communément appelés centres jeunesse, assurant à la fois la mission d'un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse et celle d'un centre de réadaptation ;
- 41 établissements exploitant la mission d'un centre de réadaptation ;
- 4 établissements situés dans les régions nordiques.

Il faut préciser que cinq établissements sont désignés centres hospitaliers universitaires (CHU). De plus, six établissements assurant la mission d'un centre hospitalier et sept CSSS ont une désignation de centre affilié universitaire. Enfin, onze établissements sont désignés instituts universitaires, soit six dans le secteur de la santé et cinq dans le secteur social.

Par ailleurs, quatre réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) favorisent la concertation, la complémentarité et l'intégration des missions de soins, d'enseignement et de recherche dévolues aux établissements de santé et aux universités auxquelles ceux-ci sont affiliés.

Les cliniques médicales, les organismes communautaires et les autres ressources complémentaires

Outre les ressources institutionnelles mentionnées préalablement, le réseau comprend des ressources privées, intermédiaires ou communautaires ainsi que des entreprises d'économie sociale. Il s'agit plus particulièrement d'environ :

- 1 990 cliniques médicales d'omnipraticiens et de spécialistes, dont 209 groupes de médecine de famille (GMF) et 44 cliniques-réseau ;
- 1 730 pharmacies communautaires ;
- 2 190 ressources intermédiaires (appartements supervisés, résidences de groupe, etc.) ;

2. Les cinq missions définies par la Loi sont celles d'un centre hospitalier, d'un centre d'hébergement et de soins de longue durée, d'un centre local de services communautaires, d'un centre de réadaptation et d'un centre de protection de l'enfance et de la jeunesse.

- 7 950 ressources de type familial (familles d'accueil pour les enfants et résidences d'accueil pour les adultes) ;
- 2 210 résidences privées avec services pour personnes âgées ;
- 3 520 organismes communautaires ;
- 100 entreprises d'économie sociale en aide domestique.

Les effectifs du réseau

Le réseau de la santé et des services sociaux s'appuie sur une main-d'œuvre représentant environ 6,7 % de la population active du Québec. Parmi les quelque 282 200 personnes qui travaillent dans le réseau sociosanitaire en 2009-2010, on compte approximativement :

- 800 cadres, professionnels et fonctionnaires au Ministère et 1 530 à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) ;
- 232 960 salariés, cadres ou syndiqués dans les agences et les établissements publics, dont 105 330 infirmières, infirmières auxiliaires et préposés aux bénéficiaires ;
- 26 910 professionnels touchant une rémunération de la RAMQ, dont 7 900 médecins omnipraticiens, 8 490 médecins spécialistes et 2 790 médecins résidents ainsi que 1 830 pharmaciens propriétaires, 3 570 dentistes et 1 250 optométristes.

Les partenaires du domaine sociosanitaire

Le Ministère remplit depuis plusieurs années sa mission en collaborant avec des partenaires majeurs très actifs dans le secteur de la santé et des services sociaux. Ce sont, entre autres :

- 6 associations qui représentent les établissements du réseau de la santé et des services sociaux ;
- 22 ordres professionnels qui assurent le contrôle de la qualité et la régulation des activités cliniques ;
- plusieurs organismes qui défendent les intérêts des différents groupes d'usagers ;
- plusieurs des grandes organisations syndicales du Québec qui représentent les employés du secteur de la santé et des services sociaux ainsi que les fédérations médicales ;
- les représentants des organismes communautaires ;
- les regroupements d'assureurs et l'industrie pharmaceutique, dans le cadre du Régime général d'assurance médicaments.

Les autres secteurs de l'État (revenu, éducation, famille et aînés, environnement, etc.) sont invités à collaborer avec le Ministère lorsqu'il s'agit de prévenir les problèmes affectant la santé ou le bien-être et de soutenir les personnes vulnérables. Le Ministère s'associe également avec plusieurs partenaires gouvernementaux pour intervenir efficacement sur les déterminants de la santé et du bien-être.

Enfin, le Ministère et son réseau entretiennent des relations directes avec les acteurs des différents milieux de vie, comme les écoles, les milieux de travail et les municipalités, afin d'améliorer les conditions de vie des Québécoises et Québécois.

Partie 2

Le contexte et les faits saillants de l'année 2009-2010

En 2009-2010 encore, le réseau de la santé et des services sociaux a consenti les efforts lui permettant d'assurer les meilleurs services possibles à l'ensemble de la population. Cet engagement a été d'autant plus exigeant qu'il a fallu déployer beaucoup d'énergie pour faire face à la grippe A(H1N1) et que le contexte budgétaire incite à la plus grande vigilance.

Malgré ce contexte, le Ministère se devait de maintenir le cap sur une organisation efficiente des soins et des services afin d'en assurer l'accessibilité, la continuité et la qualité. L'adoption de diverses lois et de nombreux plans d'action, de même que les interventions visant à assurer la protection de la santé et la sécurité de la population, témoignent de cette volonté.

2.1 La grippe A(H1N1)

Depuis 2003, le Ministère a mobilisé l'ensemble de son réseau en préparation d'une éventuelle pandémie d'influenza. Au printemps et à l'automne 2009, soit pendant les deux vagues de grippe A(H1N1), cette préparation a porté fruit puisque les équipes du Ministère, des agences de la santé et des services sociaux ainsi que des établissements de l'ensemble du Québec ont pu très rapidement faire face à la situation.

Des équipes de coordination ont été formées aux paliers national, régional et local, conformément au Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza, *Mission santé*, et aux plans élaborés par les agences de chacune des régions du Québec.

Le Ministère a assuré le leadership et la coordination de l'ensemble des interventions relatives aux cinq volets de *Mission santé* : « protéger la santé de la population (santé publique) ; soigner les personnes (santé physique) ; assurer le bien-être psychosocial des personnes (intervention psychosociale) ; offrir une information claire, valide et mobilisatrice (communication) ; maintenir le fonctionnement du réseau (maintien des services) ».

Plusieurs mécanismes de suivi et de communication ont été mis en place, notamment des rencontres de coordination quotidiennes, à l'interne et avec les agences, un babillard d'information ainsi que des outils et des guides d'intervention.

Volets de Mission santé

Protéger la santé de la population

Sur le plan de la santé publique, la séquence de vaccination prévue pour protéger d'abord les personnes pour qui les risques étaient les plus grands a dû être adaptée à la réponse de la population et à l'approvisionnement graduel en vaccins. Avec le concours de 6 000 intervenants du réseau de la santé, 314 sites de vaccination de masse ont été en fonction simultanément. Un fichier de vaccination a été instauré pour permettre le suivi de la couverture vaccinale presque en temps réel tout en assurant la sécurité de la population. Ce sont 4,4 millions de personnes qui ont reçu le vaccin, soit 57 % de la population.

Soigner les personnes et maintenir le fonctionnement du réseau

Sur le plan de la santé physique, une série d'outils ont été produits et diffusés auprès du personnel : outils standardisés pour le triage des usagers, ordonnances collectives et protocoles d'intervention à l'intention des techniciens ambulanciers. Les urgences et les hôpitaux ont appliqué leur plan de gestion de crise et rehaussé leur capacité à prodiguer des soins intensifs. Le suivi de la situation dans les urgences et de l'occupation des lits dans les centres hospitaliers ainsi que la mobilisation médicale ont permis d'organiser les services de façon à pouvoir répondre aux pires situations. Au plus fort de la deuxième vague, 54 cliniques de grippe ont été ouvertes dans 12 régions du Québec.

Les établissements ont fait provision de produits essentiels leur donnant sept jours d'autonomie. Une réserve de 45 fournitures et de 70 médicaments indispensables a été constituée auprès des distributeurs, sous la coordination du Ministère. L'accessibilité aux antiviraux a été possible par l'entremise des pharmacies communautaires dans le contexte de la mise en place des cliniques de grippe.

Assurer le bien-être psychosocial des personnes

L'offre de service en intervention psychosociale a été adaptée en ce qui concerne les repères de l'intervention, le soutien à la supervision clinique et Info-Social. Plusieurs outils et guides portant sur la reconnaissance des personnes vulnérables, l'organisation des services psychosociaux de première ligne, l'organisation du maintien à domicile ou l'adaptation des services dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) ont été diffusés dans le réseau et auprès des organismes communautaires.

Offrir une information claire, valide et mobilisatrice

Le personnel du réseau de la santé et des services sociaux a été invité à suivre en ligne le Programme québécois de formation sur la pandémie d'influenza. Un plan visant à solliciter et à mobiliser les professionnels retraités a permis, en collaboration avec les ordres professionnels concernés par la question, la constitution d'une banque de volontaires de plus de 8 500 personnes, dont 5 000 infirmières et 1 500 infirmières auxiliaires. Les informations inscrites sur le site Web Pandémie Québec ont été mises à jour constamment, tant dans la section réservée aux professionnels que dans celle qui s'adressait à la population. Ainsi, le répertoire des ressources sur les sites de vaccination et les cliniques de grippe semble avoir orienté efficacement la population, de même que les informations données dans le *Guide auto-soins* et par l'entremise de la ligne Info-Santé. De nombreux points de presse, communiqués, entrevues et suivis des demandes des médias ont été autant d'occasions de faire preuve de toute la transparence nécessaire en situation d'urgence.

2.2 L'adoption de la Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée

En juin 2009, le gouvernement du Québec a adopté la Loi sur les activités cliniques et de recherche en matière de procréation assistée. Une fois les textes législatifs et réglementaires en vigueur, la gratuité sera assurée pour trois cycles de fécondation *in vitro*, comprenant toutes les activités médicales qui y sont liées alors que les médicaments seront rendus accessibles dans le cadre du régime général d'assurance médicaments.

Au-delà de la gratuité, la loi et les règlements ont pour objectif de protéger tant la santé des personnes ayant recours à des activités de procréation assistée que celle des enfants qui en sont issus. Ils visent également à promouvoir la qualité en favorisant les meilleures

pratiques de la médecine de fertilité, à assurer la conformité aux principes éthiques propres au secteur de la santé et des services sociaux ainsi qu'à soutenir l'amélioration continue de ce type de service.

2.3 L'adoption de la Loi sur le recouvrement du coût des soins de santé et des dommages-intérêts liés au tabac

Le tabagisme demeure la première cause de décès évitable. Il génère des coûts considérables, notamment pour le traitement des maladies cardiovasculaires, des maladies respiratoires et des nombreux cancers qui découlent de l'usage du tabac. Au cours des dernières années, le gouvernement a intensifié sa lutte contre le tabagisme : interdiction de fumer dans les bars, dans les restaurants et sur les terrains d'école, interdiction de vendre des cigarettes par l'entremise de machines distributrices, etc. Le projet de loi n° 43, adopté en juin 2009, confirme désormais le droit du gouvernement du Québec de recouvrer directement de l'industrie du tabac une portion des sommes investies dans les soins de santé liés au tabac.

2.4 L'adoption de la Loi sur la représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires et sur le régime de négociation d'une entente collective les concernant et modifiant diverses dispositions législatives

En juin 2009, le projet de loi n° 49 a été adopté. Il institue le régime de représentation des ressources de type familial et de certaines ressources intermédiaires du secteur de la santé et des services sociaux ainsi que le régime de négociation d'une entente collective les concernant.

Les unités de représentation peuvent être constituées de deux groupes distincts de ressources liées à un établissement public. Le premier comprend les familles d'accueil ainsi que les ressources intermédiaires destinées à des enfants, exploitées par des personnes physiques qui exercent leurs activités à leur principal lieu de résidence et accueillent un maximum de neuf personnes. Le second regroupe les résidences d'accueil ainsi que les ressources intermédiaires destinées à des adultes et exploitées selon le même mode.

Le projet de loi modifie par ailleurs la Loi sur les services de santé et les services sociaux afin de permettre, à l'égard d'autres ressources intermédiaires, la représentation par un organisme ainsi que la négociation et la conclusion avec le ministre d'une entente. Cette dernière détermine les conditions générales d'exercice des activités de ces ressources et prévoit les diverses mesures relatives au financement de leurs services ainsi que le niveau de ce financement.

2.5 Le dépôt du projet de loi sur la création de l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux

Les travaux en vue de créer l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux se sont intensifiés en 2009-2010. Le 12 novembre 2009, le projet de loi n° 67 – Loi sur l'Institut national d'excellence en santé et en services sociaux – a été déposé à l'Assemblée nationale. Quelques semaines plus tard, la Commission de la santé et des services sociaux a tenu des consultations particulières sur la création de l'Institut et a par la suite entrepris l'étude détaillée du projet de loi n° 67. À terme, cet institut regroupera le Conseil du médicament ainsi que l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, et sa mission sera de promouvoir l'excellence clinique et l'utilisation efficace des ressources dans le secteur de la santé et des services sociaux. Ses fonctions consisteront, notamment, à évaluer

tant les avantages cliniques que les coûts des technologies, des médicaments et des interventions se rapportant aux soins de santé ou aux services sociaux personnels ainsi qu'à formuler des recommandations et à concevoir des guides de pratique visant l'utilisation optimale de ces technologies, médicaments et interventions.

2.6 Le Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013

Le Plan d'action interministériel en itinérance 2010-2013, lancé en décembre 2009, résulte de la consultation de plusieurs organismes et de la volonté des ministères concernés d'harmoniser et de concerter leurs actions afin de prévenir et de contrer l'itinérance au Québec.

Ce plan d'action repose sur cinq priorités : la prévention ; la stabilité résidentielle ; l'amélioration, l'adaptation et la coordination de l'intervention ; la cohabitation tolérante et sécuritaire dans les milieux publics ; la recherche. Les actions qui découlent de ces priorités visent à redonner la dignité, la confiance, un toit, la santé, l'espoir et un avenir aux personnes en situation d'itinérance ainsi qu'à celles qui risquent de se trouver dans cette situation.

2.7 Les plans d'action ministériels visant à assurer l'accessibilité et la qualité des services de santé

Le ministère de la Santé et des Services sociaux a rendu publics en 2009-2010 trois plans d'action couvrant des secteurs d'activité en particulier, soit la chirurgie bariatrique, la mammographie et l'anatomopathologie.

La chirurgie bariatrique est reconnue comme le traitement le plus efficace en cas d'obésité morbide. Le plan d'action intitulé *L'organisation de la chirurgie bariatrique au Québec*, vise à améliorer l'accès au traitement. Outre l'augmentation du nombre prévu de chirurgies effectuées, le plan d'action prévoit une meilleure organisation des services. Quelques centres d'expertise de chirurgie bariatrique et centres régionaux d'accès à des techniques plus courantes ont été désignés à cette fin.

Le plan d'action intitulé *Pour assurer la qualité et l'accessibilité aux mammographies* prévoit la mise en œuvre de neuf actions pour assurer la qualité des mammographies et l'accessibilité à ce type d'examen, qu'il soit effectué dans le cadre du Programme québécois de dépistage du cancer du sein ou non. Rappelons que ce programme s'adresse à toutes les femmes âgées de 50 à 69 ans qui n'ont pas d'antécédent de cancer du sein.

Le plan d'action ministériel ayant pour titre *Programme québécois d'assurance qualité en anatomopathologie* porte sur les éléments à mettre en œuvre pour relever les divers enjeux qui se posent dans ce domaine (assurance qualité, désignation, effectifs médicaux et technologistes, organisation du travail). Il s'appliquera, à terme, à toutes les sphères de ce domaine, incluant l'oncologie, l'anatomopathologie diagnostique, la cytologie et les autopsies.

2.8 L'intervention à la suite du séisme en Haïti

Le 12 janvier 2010, un puissant tremblement de terre secouait Haïti. Du 13 janvier au 10 mars 2010, 4 278 ressortissants et visiteurs ont été accueillis à l'Aéroport international Pierre-Elliott-Trudeau de Montréal. Le Ministère, l'Agence de la santé et des services sociaux de Montréal et tout le réseau montréalais étaient à pied d'œuvre pour la mobilisation d'équipes médicales, d'ambulanciers paramédicaux et d'infirmières, l'envoi de médicaments ainsi que l'accueil d'enfants adoptés ou proposés pour adoption et des personnes rapatriées.

Le centre de coordination du Ministère assurait la liaison avec les partenaires, tandis que l'Organisation de la sécurité civile du Québec coordonnait le soutien à Haïti. Le Ministère a contribué avec la Croix-Rouge à établir une banque de personnel comprenant médecins, infirmières et autres volontaires formés à l'intervention internationale en cas de sinistre.

Par ailleurs, la Direction de la santé publique a mis en œuvre un système de surveillance en rapport avec la Loi sur la quarantaine, établi des mesures de contrôle et convenu d'ententes avec les cliniques de santé-voyage pour assurer l'immunisation du personnel devant intervenir en Haïti.

Dès le lendemain du séisme, le Secrétariat à l'adoption internationale passait en revue ses dossiers actifs se rapportant à l'adoption. Au terme de cette démarche, 126 enfants haïtiens qui avaient été officiellement proposés en adoption ont été accueillis par leurs parents adoptifs entre le 24 janvier et le 16 février 2010, après avoir bénéficié d'un traitement accéléré de leur dossier. Parallèlement, des fiches psychosociales ont été conçues et diffusées, entre autres dans les centres communautaires, aux citoyens d'origine haïtienne.

À la demande du ministre de la Santé et des Services sociaux, les personnes rapatriées d'Haïti qui n'étaient pas couvertes par le régime québécois d'assurance maladie et le régime général d'assurance médicaments se sont vu accorder une exemption du délai de carence, ce qui leur permettait d'accéder immédiatement et gratuitement aux soins de santé offerts au Québec.

2.9 Les actions pour réduire la rareté de la main-d'œuvre

Au cours de l'année 2009-2010, les actions visant à réduire la rareté de la main-d'œuvre se sont poursuivies dans le secteur des soins infirmiers alors que d'autres ont été entreprises dans les secteurs des services sociaux, de la réadaptation ainsi que des laboratoires et des services diagnostiques.

En juin 2008, le ministre de la Santé et des Services sociaux lançait la stratégie de main-d'œuvre en soins infirmiers, laquelle prévoit un investissement de 81 millions de dollars sur deux ans. En 2009-2010, les actions suivantes se sont poursuivies :

- la réalisation des 21 projets en organisation du travail dans les secteurs des soins critiques, de l'hébergement et des soins à domicile, projets dont les résultats seront connus à la fin de 2010 ;
- la mise en œuvre du Programme national de soutien clinique à l'intention des infirmières et des infirmières auxiliaires ayant moins de trois ans d'expérience ;
- la réalisation d'un programme d'acquisition de petits équipements en soins infirmiers d'un montant de 10 millions de dollars ;
- la mise en place d'interventions intégrées pour l'amélioration du climat de travail par les approches Planetree et Entreprise en santé.

Il faut également mentionner des actions d'importance dans d'autres secteurs d'activité :

- l'acceptation de 80 projets dans le cadre de l'adoption des mesures administratives touchant la réadaptation, les services sociaux ainsi que les laboratoires et les services diagnostiques. Ces mesures, qui visent à améliorer l'encadrement clinique et l'organisation du travail, apportent une réponse à des problématiques locales liées à l'attraction et à la rétention de la main-d'œuvre ;
- le démarrage de la formation sur la thérapie intraveineuse à l'intention des infirmières auxiliaires ;
- la mise en œuvre d'un programme de 14 millions de dollars pour la mise à jour de la formation des préposés aux bénéficiaires, « Agir auprès de la personne âgée » ;

- l'amorce d'importants travaux sur l'organisation des services en pharmacie ;
- la finalisation de la phase 1 du projet concernant les systèmes automatisés et robotisés de distribution des médicaments, phase qui visait la révision des processus de travail suivis par les professionnels de la santé afin d'optimiser l'utilisation des compétences et, incidemment, de sécuriser le circuit du médicament ;
- le lancement du programme ministériel visant à assurer la relève des directeurs généraux et des directeurs généraux adjoints, afin de répondre aux départs massifs à la retraite prévus au cours des prochaines années ;
- le rehaussement du recrutement à l'étranger, principalement en France et en Belgique, de façon à accueillir 189 infirmières et 20 orthophonistes dans les établissements du Québec.

Partie 3

Les résultats au regard du Plan stratégique 2005-2010

La présente partie fait état des principaux résultats atteints en 2009-2010 au regard des objectifs du Plan stratégique 2005-2010 du Ministère. Elle se divise en quatre sections, en fonction des quatre enjeux définis dans ce plan :

- le développement d'actions efficaces en amont des problèmes ;
- l'adaptation de l'organisation des services afin d'assurer une meilleure accessibilité et une plus grande continuité des services, particulièrement pour les clientèles les plus vulnérables ;
- l'amélioration de la qualité des services ainsi que l'optimisation de l'utilisation des ressources qui soutiennent la dispensation des services ;
- la gestion efficiente des ressources financières allouées au réseau de la santé et des services sociaux.

Dans chacune des sections, les objectifs pour lesquels des actions déterminantes ont été accomplies sont regroupés par thèmes et ils sont assortis de commentaires sur les résultats atteints. D'autres résultats y sont présentés sommairement. Tous ces résultats sont de portée nationale. Les rapports annuels de gestion des agences de la santé et des services sociaux permettent d'obtenir des portraits régionaux de l'atteinte des résultats.

Comme l'année 2009-2010 constitue la dernière année de la période couverte par le plan stratégique, plusieurs commentaires portent sur le degré d'atteinte des cibles pluriannuelles du plan. De plus, deux sommaires ont été préparés : un bilan relatif à la réalisation de l'ensemble des objectifs du Plan stratégique 2005-2010, objet de l'annexe IV, et un tableau synthèse montrant l'évolution des principaux résultats entre 2005-2006 et 2009-2010, qui constitue l'annexe V.

La fiabilité des résultats

Une partie importante de la reddition de comptes du Ministère repose sur les résultats obtenus dans le cadre des ententes de gestion et d'imputabilité conclues avec les agences. Ces résultats sont produits à partir de données provenant des agences ou des établissements et qui sont entérinées par les bilans annuels fournis par les agences. Une déclaration, signée par le président-directeur général de chacune des agences, atteste la fiabilité des bilans.

Par ailleurs, la confirmation des résultats n'est possible qu'à partir de données tirées des banques d'information centrales, quelques mois après la date de tombée du rapport annuel de gestion. Des travaux effectués par le Ministère ont toutefois permis de constater que les écarts entre les données présentées dans le rapport annuel de gestion et les données finales sont minimes. Ainsi, nous pouvons affirmer que les données inscrites dans le rapport annuel de gestion donnent une information qui répond aux impératifs du suivi des objectifs ministériels.

Enfin, en raison de leurs caractéristiques sociosanitaires et administratives, les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James exigent la prestation de services distincts, dont le suivi ne peut se faire au moyen des indicateurs utilisés dans les autres régions. En conséquence, les données relatives à ces régions ne sont pas incluses dans le présent rapport, à moins d'avis contraire.

ENJEU

3.1 Le développement d'actions efficaces en amont des problèmes

Orientation : **Améliorer la santé et le bien-être de la population par une action efficace en promotion, en prévention et en protection**

3.1.1 Les saines habitudes de vie

Objectif **Implanter des services de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des maladies chroniques**

Indicateur	Résultat 2008-2009	Cible 2009-2010	Résultat 2009-2010
Proportion des territoires locaux où sont offerts ces services	ND	ND	92,7 %

Le Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008 prévoit le déploiement d'activités relatives à la promotion de saines habitudes de vie et à la prévention des maladies chroniques. Ces activités visent les quatre déterminants suivants : la saine alimentation, le non-usage du tabac, la pratique régulière d'activité physique ainsi que le soutien à la création d'environnements favorables à la santé et au bien-être.

Au cours des cinq dernières années, la proportion des territoires locaux, incluant le Nord-du-Québec, où l'on a offert des activités de promotion concernant les déterminants précités a connu une hausse importante. Ainsi, cette proportion était de 69 % en 2007-2008 et de 92,7 % en 2009-2010. Des activités concernant trois de ces déterminants : la nutrition, le non-usage du tabac et l'activité physique ont été offerts dans tous les territoires locaux en 2009-2010.

3.1.2 La prévention des infections transmissibles sexuellement et par le sang

Objectif **Rejoindre les clientèles vulnérables au regard du VIH/sida, du virus de l'hépatite C et des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS)**

Indicateurs	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
Nombre d'activités de dépistage des ITSS réalisées auprès des clientèles vulnérables hors les murs des SIDEP	4 438	ND	4 405
Nombre d'activités de dépistage des ITSS réalisées auprès des clientèles vulnérables du SIDEP dans les lieux où sont situés les SIDEP (CSSS mission CLSC)	12 490	ND	11 465
Nombre d'interventions de vaccination des clientèles vulnérables hors les murs des SIDEP	6 491	ND	4 068
Nombre d'interventions de vaccination des clientèles vulnérables du SIDEP dans les lieux où sont situés les SIDEP (CSSS mission CLSC)	3 157	ND	2 024

Pour l'année 2009-2010, on observe une légère baisse des activités de dépistage dans les services intégrés de dépistage et de prévention (SIDEP) des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) par rapport à l'année précédente. Les activités de vaccination ont davantage diminué que les activités de dépistage, que ce soit dans les locaux des SIDEP ou à l'extérieur. Cela nous indique que l'organisation des services demeure fragile et pose plusieurs défis, notamment en raison de la complexité de l'intervention auprès des populations les plus vulnérables. Il demeure donc important de joindre ces populations là où elles se trouvent, par des interventions reconnues efficaces pour briser la chaîne de transmission des ITSS.

3.1.3 Autres résultats

Objectif **Poursuivre la mise en œuvre du Plan québécois de lutte contre le tabagisme**

Indicateurs	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
Nombre de fumeurs qui ont reçu des services de cessation par la ligne téléphonique 1 800	20 695	18 000	17 868
Nombre de fumeurs qui ont reçu des services de cessation dans des centres d'abandon du tabagisme	Individuel : 5 755 En groupe : 1 064	ND	Individuel : 5 578 En groupe : 1 000

Objectif **Poursuivre la mise en œuvre du Programme d'immunisation du Québec et du Système d'information vaccinal**

Indicateur	Résultat 2008-2009	Cible 2009-2010	Résultat 2009-2010
Taux de couverture vaccinale contre l'influenza en CHSLD	87 %[1]	ND	84 %[2]

1. Ce résultat exclut la région du Nunavik.
2. Ce résultat exclut la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James.

ENJEU

3.2 L'adaptation de l'organisation des services afin d'assurer une meilleure accessibilité et une plus grande continuité des services, particulièrement pour les clientèles les plus vulnérables

Orientation : **Améliorer l'accès aux services généraux de première ligne et réduire l'encombrement des urgences**

3.2.1 Les groupes de médecine de famille

Objectif **Assurer à la population l'accès à un médecin de famille, notamment par la mise en place de l'équivalent de 300 groupes de médecine de famille (GMF) d'ici 2010**

Indicateurs	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
Nombre total de GMF implantés	193 GMF	223 GMF	209 GMF
Nombre total de cliniques-réseau implantées	35 cliniques-réseau	45 cliniques-réseau	44 cliniques-réseau
Population inscrite en GMF au 31 mars	1 821 827 personnes	Ne s'applique pas	2 206 724 personnes

La création des groupes de médecine de famille (GMF) vise à faciliter l'accès à un médecin de famille ainsi qu'à améliorer la qualité et la continuité des soins médicaux généraux offerts à la population. Elle entraîne non seulement des changements dans la pratique professionnelle mais aussi le développement de la collaboration entre les médecins, le personnel infirmier et les autres professionnels du réseau en vue d'offrir une gamme complète de services et d'assurer ainsi un suivi global des personnes inscrites, dans un environnement favorisant la pratique de la médecine de famille.

Au 31 mars 2010, on comptait 209 GMF au Québec. Cela implique près de 500 lieux cliniques et 2 944 médecins, soit environ 47 % des omnipraticiens qui travaillent dans un cabinet ou un centre local de services communautaires. De plus, 340 infirmières y travaillent et 78 centres de santé et de services sociaux sont partenaires par des ententes.

La formation de nouveaux GMF dépend de l'émergence de projets sur le terrain. Au cours de l'année 2009-2010, l'organisation des soins médicaux a été grandement sollicitée par les préparatifs liés à la pandémie de grippe A(H1N1). Dans ce contexte, des groupes intéressés à constituer un GMF ont pu reporter leur projet. En 2009-2010, 16 nouveaux GMF ont vu le jour au Québec, comparativement à 36 l'année précédente. La promotion du modèle se poursuit et une vingtaine de projets étaient en préparation dans les régions au 31 mars 2010.

L'objectif de 300 GMF inscrit dans le Plan stratégique 2005-2010 a été fixé sur une base populationnelle. Par ailleurs, les GMF sont d'abord et avant tout une initiative qui concerne l'organisation des services et qui est prise par des médecins de famille pratiquant dans les différents milieux locaux. Ainsi, l'émergence et le rythme de l'implantation des GMF dépendent d'une multitude de facteurs, dont la volonté des intervenants cliniques de s'organiser selon les modalités du GMF. En ce sens, le succès des GMF repose en bonne partie sur l'appropriation par les intervenants cliniques de cette organisation des services. L'objectif de 300 GMF demeure, et c'est notamment dans cette perspective que le modèle du GMF évolue d'année en année.

Ainsi, le Ministère a élaboré en 2007, en collaboration avec les agences de la santé et des services sociaux, une approche progressive pour des groupes qui s'engagent à offrir, à terme, l'ensemble des services prévus dans le modèle alors qu'ils ne peuvent l'offrir complètement à la date de leur accréditation. Au 31 mars 2010, on comptait 6 GMF accrédités selon le mode progressif.

L'inscription auprès d'un GMF s'adresse à toute la population, et le nombre de patients inscrits inclut les clientèles vulnérables suivies en GMF. Au 31 mars 2010, 2 206 724 personnes étaient inscrites auprès d'un GMF, soit 30 % de la population du Québec. La prise en charge de la clientèle par les omnipraticiens se mesure aussi par les inscriptions hors GMF. Ainsi, plus de quatre millions de personnes étaient inscrites auprès d'un médecin de famille, que ce dernier pratique ou non en GMF, ce qui porte à plus de 55 % la proportion totale de la population du Québec inscrite.

La proportion des GMF ayant un accès électronique aux résultats de laboratoires s'élève à plus de 80 %, en excluant les GMF qui n'ont pas terminé le processus d'informatisation à la suite de leur accréditation au cours de l'année 2009-2010. En outre, plus de 55 % des GMF ont opté pour un logiciel d'aide à la décision avec module de prescription qui, à terme, sera interopérable avec le Dossier de santé du Québec (DSQ).

Depuis 2007-2008, le Ministère soutient financièrement la création de cliniques-réseau. Axé sur l'accessibilité aux services sept jours sur sept, et particulièrement aux heures défavorables, chacun des modèles régionaux de cliniques-réseau doit, pour la prise en charge des patients, maintenir un certain rapport entre les plages horaires avec rendez-vous et les plages horaires sans rendez-vous. Au 31 mars 2010, 28 cliniques-réseau étaient accréditées dans la région de Montréal, 4 en Montérégie, 8 dans la région de la Capitale-Nationale, 2 dans Lanaudière, 1 au Saguenay–Lac-Saint-Jean et 1 dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, pour un total de 44 cliniques-réseau. Près d'une dizaine de projets étaient en préparation dans les différentes régions.

3.2.2 Les urgences

Objectif **Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence :**
- **séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins (en 2010)**
- **0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur une civière à l'urgence (en 2010)**

Indicateurs	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
Séjour moyen sur civière	17,1 heures	12 heures et moins	17,6 heures
Pourcentage des séjours de 48 heures et plus sur une civière à l'urgence	6,4 %	0 %	7,2 %

La Direction nationale des urgences, en collaboration avec les agences de la santé et des services sociaux, a assuré un suivi intensif des urgences en difficulté, afin de les soutenir dans l'élaboration d'objectifs de redressement. En février 2010, un comité de coordination intraministériel, regroupant plusieurs directions générales, a été créé. Son mandat consiste à trouver des solutions en amont et en aval des urgences pour améliorer l'accès aux lits de courte durée.

Le déploiement des systèmes d'information dans les urgences se poursuit. Ceux-ci permettent d'obtenir quotidiennement des données concernant la situation dans 102 urgences. Le nombre total de visites comptabilisées (ambulatoires et sur civière) se chiffre à 3 160 008 pour l'année 2009-2010.

En 2009-2010, on observe une détérioration des résultats par rapport à l'exercice précédent : le séjour moyen sur civière a augmenté de 0,5 heure, alors que le pourcentage des séjours de 48 heures et plus a connu une augmentation de 0,8 point de pourcentage.

Parmi les facteurs qui expliquent cette situation, il faut prendre en considération des augmentations de 2,4 % du nombre d'usagers sur civière ayant 75 ans et plus, de 3,6 % du nombre d'usagers arrivés en ambulance ainsi que de 1,1 % du nombre d'usagers sur civière, comme l'indique le tableau ci-dessous. Près de la moitié des usagers installés sur civière arrivent en ambulance. On considère que les personnes âgées et celles qui sont amenées à l'urgence en ambulance ont besoin de plus de soins et de services que les autres.

Achalandage des unités d'urgence

	Nombre d'usagers sur civière	Nombre d'usagers arrivés en ambulance	Nombre d'usagers sur civière ≥ 75 ans
2008-2009	998 893	427 075	244 532
2009-2010	1 010 058	442 681	250 587
Écart en nombre	11 165	15 606	6 055
Taux de variation	1,1 %	3,6 %	2,4 %

Orientation : Améliorer l'accès aux services de chirurgie et de cardiologie tertiaire en vue de réduire les listes d'attente

3.2.3 Les chirurgies et la cardiologie tertiaire

Objectif **Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une :**
- **chirurgie de la cataracte**
- **arthroplastie de la hanche**
- **arthroplastie du genou**
- **chirurgie avec hospitalisation**
- **chirurgie d'un jour**

Indicateurs	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
Pourcentage des patients qui ont été opérés à l'intérieur de 6 mois :			
• Chirurgies de la cataracte	95 %	90 %	96 %
• Arthroplasties de la hanche	91 %	90 %	88 %
• Arthroplasties du genou	87 %	90 %	85 %
• Chirurgies avec hospitalisation	94 %	90 %	94 %
• Chirurgies d'un jour	91 %	90 %	91 %

Source : SIMASS-chirurgie

Objectif **Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en cardiologie tertiaire**

Indicateurs	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
Pourcentage de patients de la catégorie traités à l'intérieur des délais établis en :			
• Hémodynamie[1]	Catégorie A : 95,1 % Catégorie B : 96,4 %	Catégorie A : 100 % Catégorie B : 90 %	Catégorie A : 91,9 % Catégorie B : 90,9 %
• Chirurgie cardiaque[2]	Catégorie A : 92,4 % Catégorie B : 80,8 %	Catégorie A : 100 % Catégorie B : 90 %	Catégorie A : 82,1 % Catégorie B : 74,4 %
• Électrophysiologie[3]	Catégorie A : 75,9 % Catégorie B : 50,7 %	Catégorie A : 100 % Catégorie B : 75 %	Catégorie A : 75,3 % Catégorie B : 38,9 %

1. Hémodynamie : Catégorie A : moins de 2 semaines – Catégorie B : de 2 semaines à 2 mois
2. Chirurgie cardiaque : Catégorie A : moins de 2 semaines – Catégorie B : de 2 semaines à 3 mois
3. Électrophysiologie : Catégorie A : moins de 72 heures – Catégorie B : de 72 heures à 3 mois

Les chirurgies

La mise en place du mécanisme central de gestion de l'accès et de son outil informatique, le Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés, permet, depuis juin 2007, d'assurer le suivi des temps d'attente avant une opération. L'amélioration de l'accessibilité aux services de chirurgie se mesure par le pourcentage des patients qui ont été opérés à l'intérieur de six mois et par l'absence de patients qui attendent une opération depuis plus d'un an. L'application du mécanisme implique qu'il faut opérer les patients dans l'ordre de

leur inscription sur la liste d'attente pour les interventions considérées comme non urgentes. Cette règle a un effet sur la performance dans le cas des chirurgies pour lesquelles les temps d'attente sont longs.

Au cours de la dernière année, la proportion des patients qui ont été opérés à l'intérieur de six mois s'est maintenue pour presque toutes les catégories de chirurgie. Les légères baisses observées pour les arthroplasties de la hanche et du genou s'expliquent par l'effort consenti pour opérer les patients les plus anciens sur la liste d'attente. La réduction des temps d'attente demeure un défi important et une priorité gouvernementale. Ainsi, afin d'améliorer la situation, le Ministère poursuit ses efforts, en collaboration avec les agences et les centres hospitaliers, concernant la gestion active des listes d'attente et la gestion intégrée de l'accès aux chirurgies.

Nombre de chirurgies réalisées de 2006-2007 à 2008-2009

	Résultats 2006-2007	Résultats 2007-2008	Résultats 2008-2009
Chirurgies de la cataracte	73 482	79 802	88 670
Arthroplasties de la hanche	4 421	4 859	5 134
Arthroplasties du genou	6 171	6 463	7 138
Chirurgies avec hospitalisation[1, 2]	158 140	158 442	161 095
Chirurgies d'un jour[1, 3]	190 165	191 372	208 668
Total	432 379	440 938	470 705

Source : Med-Écho. Les données finales et validées concernant l'exercice 2009-2010 ne seront disponibles qu'à l'automne 2010.
1. Incluant les chirurgies effectuées dans les régions 17 (Nunavik) et 18 (Terres-Cries-de-la-Baie-James).
2. À l'exclusion des chirurgies cardiaques, des arthroplasties de la hanche et du genou ainsi que des chirurgies de la cataracte.
3. À l'exclusion des chirurgies de la cataracte.

La cardiologie tertiaire

Au Québec, les maladies cardiovasculaires constituent l'une des causes les plus importantes de morbidité et de mortalité. L'évolution technologique entraîne des changements majeurs dans la façon de traiter les patients atteints de maladies coronariennes ou d'arythmie cardiaque.

En 2009-2010, on observe une réduction de la proportion des patients attendant une chirurgie cardiaque qui sont traités à l'intérieur des délais établis (moins de deux semaines pour la catégorie A et de deux semaines à trois mois pour la catégorie B) par rapport à 2008-2009. En 2009-2010, 6 285 demandes pour une chirurgie cardiaque ont été enregistrées, contre 6 473 l'année précédente. Les principales causes expliquant la baisse de production demeurent le manque de personnel infirmier et la faible disponibilité des lits dans les établissements, notamment aux soins intensifs. Des travaux sont en cours pour revoir la trajectoire de soins des patients en milieu hospitalier et pouvoir ainsi améliorer l'accès aux services.

En ce qui a trait à l'hémodynamie, le pourcentage des patients traités à l'intérieur des délais fixés a connu une légère baisse. De 2008-2009 à 2009-2010, le nombre de demandes traitées a augmenté de 374, passant de 35 910 à 36 284. L'évolution des technologies permet de réaliser des interventions plus complexes mais, en conséquence, plus longues.

De 2008-2009 à 2009-2010, la proportion des patients traités en électrophysiologie à l'intérieur des délais établis s'est maintenue pour ceux de la catégorie A (moins de 72 heures), alors qu'elle a diminué, passant de 50,7 % à 38,9 %, pour ceux de la catégorie B (de 72 heures à 3 mois). Les demandes pour le service d'électrophysiologie sont en croissance constante depuis plusieurs années. La pratique médicale change, ce qui amène de nouvelles indications pour certains traitements. Pour l'année 2009-2010, 8 062 procédures relevant de l'électrophysiologie (incluant les cardiostimulateurs) ont été effectuées, ce qui représente une

augmentation de 567 procédures par rapport à l'année précédente. Trois nouvelles salles ouvriront durant l'année 2010-2011, ce qui permettra d'augmenter l'accès aux services d'électrophysiologie.

Orientation : **Offrir un continuum de services pour la lutte contre le cancer**

3.2.4 La lutte contre le cancer

Objectif **Consolider le Programme québécois de dépistage du cancer du sein**

Indicateur	Résultat 2008-2009	Cible 2009-2010	Résultat 2009-2010
Taux de participation au programme	54,8 %	Augmentation	56,4 %

Objectif **Assurer la disponibilité des équipes interdisciplinaires locales, régionales et suprarégionales de lutte contre le cancer**

Indicateur	Résultat 2008-2009	Cible 2009-2010	Résultat 2009-2010
Nombre d'équipes interdisciplinaires locales, régionales et suprarégionales visitées et évaluées	70 équipes locales 10 équipes régionales 75 équipes suprarégionales	Maintien	70 équipes locales 10 équipes régionales 75 équipes suprarégionales

Objectif **Assurer la capacité d'intervention des services spécialisés en radiothérapie en fonction du délai établi de quatre semaines**

Indicateurs	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
Nombre de patients médicalement prêts pour le début du traitement en attente depuis plus de 4 semaines	23 patients	Ne s'applique pas	Aucun patient
Proportion de patients traités à l'intérieur d'un délai de 4 semaines	97 % (moyenne des 4 semaines de la période 13)	90 %	99 % (moyenne des 4 semaines de la période 13)

Objectif **Accroître l'accès aux services de soins palliatifs :**
- **en augmentant le nombre de personnes desservies à domicile**
- **en augmentant l'intensité des services**

Indicateurs	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
Nombre de personnes desservies à domicile	19 047 (excluant les services offerts par les organismes communautaires)	20 248	18 860 (excluant les services offerts par les organismes communautaires)
Nombre moyen d'interventions à domicile par personne	19,7	16,4	19,4

Le dépistage du cancer du sein

L'objectif du Programme québécois de dépistage du cancer du sein est de réduire la mortalité causée par ce type de cancer. Il cible les femmes âgées de 50 à 69 ans.

Pour faciliter l'accès au dépistage dans toutes les régions du Québec, des unités itinérantes ont été mises en place depuis 2002. Ces unités sont utilisées d'abord pour desservir les régions de l'Abitibi-Témiscamingue, de la Côte-Nord, du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James, puis pour remédier aux problèmes locaux et temporaires d'accès au dépistage dans d'autres régions.

Le taux de participation est en hausse constante depuis le début du programme, il y a maintenant plus de dix ans. Au cours des quatre dernières années, soit de décembre 2005 à décembre 2009, il est passé de 49,4 % à 56,4 %.

En 2009-2010, les grandes priorités de travail, tant au palier national qu'aux paliers régional et local, ont notamment porté sur l'assurance qualité du programme, l'accessibilité à celui-ci et le consentement éclairé des femmes invitées à y participer.

Ainsi, au palier national, une entente a été conclue avec le Collège des médecins du Québec et l'Association des radiologistes du Québec en vue de définir un mécanisme permettant d'assurer le suivi des normes du programme relatives à la pratique de la mammographie de dépistage. Par ailleurs, la campagne de communication 2009-2010 a mis en avant la notoriété du programme pour inciter les femmes à s'informer davantage, de façon à ce qu'elles puissent prendre une décision éclairée quant à leur participation audit programme.

Les équipes interdisciplinaires de lutte contre le cancer

Dans les Orientations prioritaires 2007-2012 du Programme québécois de lutte contre le cancer, on prévoit la poursuite de la mise en place d'un réseau fonctionnel de lutte contre le cancer. Ce réseau repose sur des équipes interdisciplinaires dont les services sont hiérarchisés selon leur expertise. Ainsi, les équipes locales doivent assurer les services généraux et des services particuliers de lutte contre le cancer (promotion de la santé, prévention, dépistage, certains traitements – dont la chimiothérapie –, services d'adaptation et de soutien, et soins palliatifs). Les équipes régionales offrent des services généraux et spécialisés, dont l'expertise et le conseil pour les cancers les plus fréquents (sein, poumon, côlon et rectum, prostate) et les cancers du système hématopoïétique. Elles doivent également offrir leur expertise aux intervenants des équipes locales, notamment par l'entremise de leur comité des thérapies du cancer réunissant des experts qui se concertent pour établir le traitement optimal. Quant aux équipes suprarégionales, elles doivent développer une expertise concernant un siège tumoral précis, un cancer rare ou une problématique particulière. Elles regroupent des professionnels ultraspécialisés et utilisent une infrastructure à la fine pointe de la technologie.

Les visites d'évaluation sont effectuées par des experts reconnus dans leur domaine, sous la supervision du Groupe-conseil de lutte contre le cancer. À ce jour, dans l'ensemble du Québec, ont été évaluées :

- 70 équipes ayant un mandat local, dont 53 ont reçu leur statut de désignation ;
- 10 équipes ayant un mandat régional, dont 6 ont reçu leur statut de désignation ;
- 75 équipes ayant un mandat suprarégional, dont 67 ont reçu leur statut de désignation.

L'évaluation porte sur la conformité à neuf éléments : un engagement formel, une structure organisationnelle, des ressources assignées uniquement à l'équipe, la formation continue des intervenants, le fonctionnement interdisciplinaire, la collaboration avec les partenaires, des stratégies favorisant la participation de la personne atteinte et de ses proches, un processus de standardisation et de contrôle de la qualité ainsi qu'un processus de suivi des résultats. Outre l'analyse de la conformité à l'égard des critères établis, le rapport d'évaluation comprend des recommandations faites dans un esprit d'amélioration continue des services.

Les services spécialisés en radiothérapie

En 2009-2010, la proportion des patients ayant besoin d'un traitement de radio-oncologie qui ont été traités à l'intérieur du délai de quatre semaines à partir de la date où ils étaient médicalement prêts s'est située au-delà de la cible de 90 %. Le pourcentage a été supérieur ou égal à 97 % pour 40 des 52 semaines de cette année financière.

Les soins palliatifs

L'accès à des soins palliatifs dans divers milieux de soins, dont le domicile des personnes, est encouragé par la Politique en soins palliatifs de fin de vie.

Le nombre de personnes ayant reçu des soins palliatifs à domicile prodigués par des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux montre une légère diminution de 187, étant passé de 19 047 en 2008-2009 à 18 860 en 2009-2010. Toutefois, les services offerts par des organismes communautaires selon des ententes de service intervenues avec des agences ne sont pas compilés dans les bases de données.

Même si la cible concernant le nombre de personnes soignées à domicile n'est pas atteinte, les agences de la santé et des services sociaux affirment ne pas avoir de liste d'attente et répondre en priorité aux demandes de soins palliatifs qui leur sont adressées.

L'intensité des services se maintient, pour une deuxième année consécutive, au-dessus de 19 interventions par usager.

Orientation : **Permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie de demeurer le plus longtemps possible dans leur communauté**

3.2.5 Les services de soutien à domicile

Objectif **Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile :**
- **en augmentant à 16 % la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie desservies dans la communauté**
- **en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services de 15 %**

Indicateurs	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
Nombre de personnes desservies	174 315	177 581	174 959
Nombre moyen d'interventions par personne	28,6	26,8	29,4

Objectif **Poursuivre le déploiement, dans la communauté, de formules résidentielles adaptées à caractère non institutionnel avec, entre autres, la collaboration du milieu privé et du milieu municipal**

Indicateur	Résultat 2008-2009	Cible 2009-2010	Résultat 2009-2010
Nombre de places accessibles	599[1]	Augmentation	579

1. Certaines places déclarées en 2008-2009 n'ont pu être incluses que cette année dans le calcul. Le résultat diffère donc de celui qui a été présenté l'an dernier.

Les services de soutien à domicile

Le soutien à domicile permet à plusieurs personnes âgées en perte d'autonomie de bénéficier des services que leur état de santé et de bien-être nécessite sans qu'elles aient à recourir au milieu hospitalier ou à l'hébergement institutionnel. En 2009-2010, le nombre de personnes âgées en perte d'autonomie qui ont reçu des services à domicile est de 174 959, alors que la cible ministérielle était de 177 581. Cependant, le nombre d'interventions dont chacune de ces personnes a bénéficié s'élève à 29,4 en moyenne, dépassant ainsi la cible annuelle de 26,8.

Depuis le début de la période couverte par le Plan stratégique 2005-2010, le nombre de personnes desservies a augmenté de 11 %, passant de 157 216 en 2004-2005 à 174 959 en 2009-2010, de sorte qu'en 2010, près de 20 000 personnes s'ajoutaient à la clientèle du soutien à domicile dans le cadre du programme Perte d'autonomie liée au vieillissement. Cela représente environ 15 % de la population âgée de 65 ans ou plus. L'augmentation du nombre d'usagers enregistrée ne permet toutefois pas d'atteindre la cible prévue pour la période 2005-2010, qui était fixée à 16 % des personnes âgées de 65 ans ou plus, soit environ 185 879 personnes. Le nombre moyen d'interventions par usager est quant à lui passé de 23,3 à 29,4 entre 2004-2005 et 2009-2010, ce qui représente un accroissement d'environ 27 % de l'intensité des services offerts aux usagers.

Ces résultats reflètent une adaptation de l'offre à la demande en ce qui concerne les services de soutien à domicile. En effet, le vieillissement de la population entraîne une augmentation des besoins en la matière. Il faut donc fournir des services avec une plus grande intensité, afin de soutenir le plus longtemps possible les personnes âgées en perte d'autonomie dans le milieu de vie de leur choix.

Les formules résidentielles adaptées

Le nombre de places offertes dans des résidences adaptées à caractère non institutionnel a légèrement diminué en 2009-2010, passant de 599 à 579. Malgré ce résultat annuel négatif, on constate une mobilisation soutenue des CSSS, en collaboration avec les secteurs privé, coopératif et communautaire, afin de diversifier les alternatives à l'hébergement institutionnel. En effet, mis à part l'année 2009-2010, le nombre de places offertes augmente constamment depuis la création de nouvelles alternatives à l'hébergement institutionnel.

3.2.6 La qualité des services dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée

Objectif **Poursuivre la démarche d'appréciation de la qualité des services par les visites en centre d'hébergement et de soins de longue durée pour :**

- **que 60 % des installations soient visitées d'ici 2010, ce qui suppose une moyenne de 10 % des installations par année**
- **que 70 % des installations visitées aient mis en œuvre, en totalité, en très grande partie ou en grande partie, les orientations ministérielles**
- **que chaque installation ait atteint, en totalité, en très grande partie ou en grande partie, 70 % et plus des objectifs définis dans le plan de correctifs convenu avec l'agence, à la suite du dépôt du rapport d'appréciation**

Indicateurs	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
Pourcentage d'installations visitées	12 %, soit 58 installations	12 %, soit 58 installations	10 %, soit 49 installations
Pourcentage d'installations ayant mis en œuvre, en totalité, en très grande partie ou en grande partie, les orientations ministérielles	83 %, soit 45 installations	71 %, soit 41 installations	79 %[1], soit 46 installations
Pourcentage d'installations ayant donné suite, en totalité, en très grande partie ou en grande partie, à 70 % et plus des recommandations émises	47 %, soit 24 installations	71 %, soit 41 installations	63 %[2], soit 36 installations

1. Le pourcentage a été calculé à partir du nombre d'installations visitées en 2008-2009, soit 58 installations.
2. Le pourcentage a été calculé sur 57 des 58 installations visitées en 2008-2009, car certaines données ne sont pas disponibles.

Les visites d'appréciation effectuées dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée

Les visites d'appréciation de la qualité visent à favoriser la création de milieux de qualité pour les personnes qui doivent vivre dans un milieu substitut. Les principaux thèmes pris en compte sont l'environnement organisationnel, les services et les activités, l'environnement humain ainsi que l'environnement physique.

Les visites dans les centres d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD) accueillant des personnes âgées s'effectuent depuis sept ans. En 2009-2010, la cible du Plan stratégique 2005-2010 voulant que 60 % de ces installations soient visitées est atteinte. En effet, à ce jour, 74 % des installations de longue durée, soit 345 des 468 installations existantes, ont fait l'objet d'une visite. Entre septembre 2009 et juin 2010, 49 nouvelles installations ont été visitées. La cible 2009-2010 a dû être révisée en raison des activités liées à la pandémie de grippe A(H1N1) et elle fut réduite à 10 %.

Les orientations ministérielles énoncées dans la publication intitulée *Un milieu de vie de qualité pour les personnes hébergées en CHSLD* sont de mieux en mieux implantées. En effet, 46 des 58 installations visitées en 2008-2009, soit 79 % d'entre elles, se conforment en grande partie ou en très grande partie aux orientations ministérielles. Depuis le début des visites d'appréciation de la qualité et jusqu'en 2008-2009, 178 installations (60 %) ont mis en œuvre les orientations ministérielles.

Enfin, pour apprécier le suivi des recommandations formulées dans les rapports des visites, le Ministère se base sur le pourcentage des installations ayant suivi, en totalité ou en grande partie, 70 % et plus de ces recommandations. À cet égard, les résultats indiquent que 63 % des installations visitées en 2008-2009 ont souscrit, en totalité ou en grande partie, à l'ensemble des recommandations qui leur avaient été adressées. Jusqu'en 2008-2009, 249 installations ont donné suite en totalité, en très grande partie ou en grande partie à 70 % et plus des recommandations émises, ce qui représente 84 % des installations.

Les visites d'appréciation effectuées dans les ressources intermédiaires et les ressources de type familial

En juin 2005, les visites ont commencé dans deux autres secteurs d'activités : les ressources intermédiaires et de type familial, et les centres jeunesse – volet application de la protection de la jeunesse. Tant le processus que les modalités opérationnelles ressemblent à ce qui a été défini pour les visites effectuées dans les CHSLD.

Depuis cette date ont été visités tous les établissements gestionnaires de plus de trois ressources intermédiaires ou de type familial hébergeant des personnes âgées, des jeunes en difficulté, ou des personnes présentant une déficience intellectuelle, des problèmes de santé mentale ou une déficience physique.

Orientation : **Intervenir de façon précoce, intensive et en continuité, le plus près possible des milieux de vie, afin de prévenir l'aggravation et la récurrence des problèmes d'adaptation sociale des jeunes et des familles**

3.2.7 Les services destinés aux jeunes et à leur famille

Objectif **Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité, en s'assurant, en 2010, de rejoindre 80 % des mères âgées de moins de 20 ans ainsi que des mères âgées de 20 ans et plus, sous-scolarisées et vivant sous le seuil de la pauvreté**

Indicateur	Résultat 2008-2009	Cible 2009-2010	Résultat 2009-2010
Proportion de femmes visées rejointes	69,7 %	80 %	68,6 %

Objectif **Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux :**

- **desservir les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par les services psychosociaux en rejoignant 7,50 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans, en 2010**
- **accroître le nombre d'interventions auprès des jeunes et de leur famille en offrant en moyenne 7 interventions, par année, par usager**

Indicateurs	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
Nombre et proportion de jeunes rejoints	115 307 jeunes soit 7,75 %	115 898 jeunes soit 7,64 %	118 425 jeunes soit 7,80 %
Nombre moyen d'interventions par jeune	7,05	7,10	7,13

Objectif **Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesse, offerts en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) et de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA), en :**

- **12 jours calendrier pour les services d'évaluation (LPJ)**
- **30 jours calendrier pour l'application des mesures (LPJ)**
- **14 jours calendrier entre l'ordonnance et la prise en charge (LSJPA)**

Indicateurs	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
Délai moyen d'attente à l'évaluation en protection de la jeunesse	15,6 jours	13,8 jours	15,4 jours
Délai moyen d'attente à l'application des mesures en protection de la jeunesse	14,1 jours	23,4 jours	12,0 jours
Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSJPA	15,4 jours	15,9 jours	12,1 jours

Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance

Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance visent à soutenir les familles en situation de vulnérabilité afin de favoriser le développement optimal des enfants de 0 à 5 ans et de prévenir les problèmes d'abus, de négligence ou de violence envers les enfants.

Ces services reposent sur la nécessité d'une intervention précoce, intensive, continue et adaptée aux familles en situation de vulnérabilité. Ils comprennent : l'accompagnement des familles, principalement sous la forme de visites à domicile et d'activités de groupe ; le soutien à des interventions éducatives précoces auprès des enfants, réalisées en collaboration avec les services de garde éducatifs à l'enfance ; le soutien à des actions intersectorielles visant à créer des environnements favorables, réalisées surtout avec les organismes communautaires.

Les services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance sont offerts, dans toutes les régions du Québec, par les centres de santé et de services sociaux (CSSS). En 2009-2010, 68,6 % des femmes ayant accouché dans l'année en ont bénéficié. Si le résultat est sensiblement le même que celui qui a été obtenu l'année précédente, il demeure en deçà de la cible fixée. Outre les activités liées à la pandémie de grippe A(H1N1), qui ont ralenti celles des services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance, diverses interprétations des critères d'admissibilité et les exigences liées à ce type d'intervention permettent d'expliquer le résultat.

Les services jeunesse dans les centres jeunesse et les territoires locaux

Les services psychosociaux offerts par les CSSS aux jeunes en difficulté et à leur famille visent à restaurer un fonctionnement familial et social adéquat, notamment en améliorant les capacités des parents et en aidant les jeunes à acquérir ou à développer certaines habiletés sur les plans cognitif et social. En 2009-2010, le nombre de jeunes ayant bénéficié de tels services a augmenté de 2,7 % par rapport à l'exercice précédent, passant de 115 307 à 118 425 ; en pourcentage, ce résultat représente 7,8 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans. Le gain enregistré permet de dépasser sensiblement la cible inscrite dans le Plan stratégique 2005-2010, qui a été fixée à 7,5 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans et leur famille. Par rapport aux résultats observés depuis 2005, le pourcentage de jeunes en difficulté qui ont reçu des services psychosociaux de la part des CSSS a augmenté de 0,9 %, passant de 6,9 % (soit 106 577 jeunes) à 7,8 % (soit 118 425 jeunes). Cet accroissement s'explique notamment par l'augmentation des demandes découlant de l'obligation faite à la Direction de la protection de la jeunesse d'orienter vers ces services les enfants et leurs parents qui ont encore besoin d'aide, avec leur consentement. Cette obligation est issue des modifications apportées à la Loi sur la protection de la jeunesse en juillet 2007.

En ce qui a trait au nombre moyen d'interventions auprès des jeunes et de leur famille, le résultat atteint en 2009-2010 est de 7,13 interventions par jeune, une progression de 0,08 intervention par rapport à l'exercice précédent. Il dépasse la cible de 7 interventions en moyenne annuellement fixée dans le Plan stratégique 2005-2010. Le nombre moyen d'interventions par jeune a connu une progression constante depuis 2005, étant passé de 5,6 à 7,13 annuellement.

Les services offerts en protection de la jeunesse concernent quant à eux les enfants qui font l'objet d'un signalement auprès du Directeur de la protection de la jeunesse lorsqu'il y a un motif de croire que leur sécurité ou leur développement est compromis. Quand une situation signalée est retenue pour évaluation, elle doit être traitée dans un délai établi selon sa gravité. Dans le Plan stratégique 2005-2010, le délai moyen déterminé pour l'ensemble des situations devant être évaluées par le Directeur de la protection de la jeunesse est de 12 jours. Le résultat de 15,4 jours montre que cette cible n'est pas atteinte sur le plan national. Le résultat de 2009-2010 correspond cependant à une diminution de 0,2 jour par rapport à l'exercice précédent. Cette baisse s'observe malgré une augmentation de 1,2 % des signalements retenus, qui est l'un des facteurs expliquant ce résultat, avec les difficultés liées au recrutement et à la rétention du personnel dans certaines régions. Il importe de préciser cependant que, partout au Québec, tous les signalements qui nécessitent une intervention immédiate sont traités. Enfin, mentionnons que, depuis 2005-2006, le temps d'attente est passé de 23,2 à 15,4 jours, soit une diminution de 7,8 jours.

Une fois l'évaluation effectuée, le Directeur de la protection de la jeunesse décide si la sécurité ou le développement de l'enfant est compromis. Dans l'affirmative, il convient d'une entente avec les parents ou demande une ordonnance au tribunal en vue d'appliquer des mesures permettant de corriger la situation. Pour le jeune et sa famille, il importe que le temps entre le choix des mesures et l'application de celles-ci ne soit pas trop long, notamment afin d'assurer la continuité des services. Ainsi, la cible quant au temps d'attente moyen avant l'application des mesures en protection de la jeunesse a été fixée à 30 jours dans le Plan

stratégique 2005-2010. Les données pour l'exercice 2009-2010 montrent qu'elle est largement atteinte, puisque l'attente n'est que de 12 jours. Enfin, il faut souligner qu'au cours des cinq dernières années, les résultats montrent une baisse importante du temps d'attente moyen, laquelle s'établit à 23,9 jours.

Les services offerts en vertu de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents

Pour préserver la crédibilité et la portée éducative des sanctions, les conséquences des ordonnances du tribunal doivent avoir sans délai des effets sur l'adolescent. Aussi, afin d'atteindre les objectifs de réadaptation, l'intervalle de temps entre le délit et les conséquences pour l'adolescent qui en est l'auteur doit être le plus court possible.

Les données relatives au délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse, en vertu de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents, montrent qu'en 2009-2010, la cible de 14 jours fixée dans le Plan stratégique 2005-2010 est dépassée, avec un résultat de 12,1 jours. Il s'agit d'une amélioration importante par rapport à l'exercice financier précédent, alors que le délai moyen se situait à 15,4 jours (–3,3 jours). Les premiers résultats publiés en 2006-2007 indiquaient un délai moyen de 24,4 jours.

Orientation : **Traiter et soutenir efficacement les jeunes et les adultes ayant un trouble mental ainsi que les personnes présentant un risque suicidaire**

3.2.8 Les services de santé mentale

Objectif **Implanter des interventions globales de prévention du suicide incluant la réduction des risques et l'établissement de réseaux de sentinelles**

Indicateur	Résultat 2008-2009	Cible 2009-2010	Résultat 2009-2010
Nombre et proportion de territoires locaux où sont formées des sentinelles	44 territoires sur 78, soit 56 %[1]	Augmentation	57 territoires sur 84, soit 68 %[2]

1. Les données ne sont pas disponibles pour 2 régions, lesquelles comptent 18 territoires locaux.
2. Les données ne sont pas disponibles pour 1 région, laquelle compte 12 territoires locaux.

Objectif **Rejoindre 1,6 % de la population âgée de moins de 18 ans et 1,8 % de la population adulte par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de première ligne offerts dans les centres de santé et de services sociaux, en complémentarité avec les ressources de première ligne existantes sur le territoire**

Indicateurs	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
Nombre d'enfants et de jeunes (moins de 18 ans) ayant bénéficié de ces services	10 605	Augmentation	14 355
Nombre d'adultes (18 ans et plus) ayant bénéficié de ces services	46 735	Augmentation	58 012
Nombre total de jeunes et d'adultes ayant bénéficié de ces services	57 340	79 735	72 367

Objectif **Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves :**
- **en suivi intensif (56 places/100 000 habitants)**
- **en soutien d'intensité variable (190 places/100 000 habitants)**

Indicateurs	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus, mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu des services	1 826	2 032	2 004
Nombre de places en services de soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus, mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu des services	3 676	8 653	3 998

Objectif **Assurer l'accès à l'évaluation et au traitement en psychiatrie à l'intérieur d'un délai de 60 jours**

Indicateurs	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
Nombre d'usagers de moins de 18 ans dont le délai d'accès aux services de deuxième ou de troisième ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	1 680	Diminution	1 999
Nombre d'usagers de 18 ans et plus dont le délai d'accès aux services de deuxième ou de troisième ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	2 906	Diminution	3 396
Nombre total d'usagers dont le délai d'accès aux services de deuxième ou de troisième ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	4 586	2 627	5 395

L'établissement des réseaux de sentinelles en prévention du suicide

Le Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008 prévoit la mise en place d'interventions en prévention du suicide, dont l'établissement de réseaux de sentinelles. Il s'agit de former des adultes dans les différents milieux de vie afin qu'ils soient en mesure de reconnaître les comportements suicidaires et d'orienter les personnes ayant de tels comportements ou des idées suicidaires vers les services d'aide appropriés. Le rôle des sentinelles repose sur l'écoute, le réconfort et l'entraide.

De 2008-2009 à 2009-2010, le nombre de territoires locaux, incluant le territoire du Nord-du-Québec, où des sentinelles sont formées est passé de 44 à 57. Les résultats obtenus depuis 2007-2008 montrent une tendance à la hausse du nombre de territoires locaux où l'on trouve des sentinelles en prévention du suicide, et ce, dans une diversité de milieux de vie. Ces dernières exercent leur vigilance, un peu partout, mais principalement dans les milieux jeunesse – incluant le milieu scolaire – les milieux de travail et les milieux d'hébergement pour personnes âgées. L'implantation des réseaux de sentinelles dans les territoires locaux se poursuivra en 2010-2011.

L'organisation des services en santé mentale

Dans son Plan d'action en santé mentale 2005-2010, titré *La force des liens*, le Ministère propose une organisation des services axée sur le renforcement des services de première ligne à rendre accessibles, en temps utile, aux personnes qui risquent de présenter des troubles mentaux ou qui en présentent. Ces services de première ligne sont soutenus par des services spécialisés, qui doivent également être accessibles en temps opportun afin d'assurer une qualité de services à la population.

Le virage « première ligne en santé mentale » est cohérent avec les grandes orientations de l'Organisation mondiale de la santé, notamment la perspective de rendre accessibles des services de qualité à toute la population et d'intégrer la santé mentale aux soins de santé primaires. La réorganisation qui a été entreprise à cet effet représente un défi de taille, compte tenu de la forte concentration des ressources dans les services spécialisés de deuxième et de troisième ligne.

Le Ministère vise donc à équilibrer l'offre de service actuelle, toujours nettement à l'avantage des services spécialisés, pour que 70 % des personnes atteintes d'un trouble mental puissent recevoir une réponse adaptée à leurs besoins en première ligne, par rapport aux 30 % de personnes qui ont besoin de services spécialisés de deuxième ou de troisième ligne. De plus, il fait la promotion d'une pratique centrée sur les soins offerts en collaboration, qui exige que les acteurs coordonnent leurs actions dans le cadre d'une pratique de soins partagés.

Le Ministère poursuit par ailleurs l'implantation de deux types de services dont l'efficacité est reconnue dans la littérature pour répondre aux besoins des personnes ayant des troubles mentaux graves : le suivi intensif et le soutien d'intensité variable dans la communauté.

Les services de première ligne

Pour assurer à la population le meilleur accès aux services de santé mentale, des services de première ligne doivent être développés rapidement et accessibles non seulement aux personnes souffrant de troubles modérés – tels que les troubles de l'humeur et les troubles anxieux – mais aussi à celles qui sont aux prises avec des troubles graves tels que la schizophrénie.

En 2009-2010, 14 355 jeunes ont eu accès aux services de première ligne en santé mentale offerts dans les centres de santé et de services sociaux. Ce chiffre, qui représente 1 % de la population ayant moins de 18 ans, traduit une hausse de 3 750 jeunes par rapport à l'année précédente. En outre, 58 012 adultes ont reçu de tels services, soit 1 % de la population de 18 ans et plus ; l'augmentation est de 11 277 adultes.

Le suivi intensif et le soutien d'intensité variable

Les services offerts dans le cadre d'un suivi intensif ou d'un soutien d'intensité variable favorisent le maintien des adultes atteints d'un trouble mental grave dans la communauté. Ces services spécifiques, qui s'inscrivent dans une perspective de réadaptation et de rétablissement, constituent des éléments structurants de la gamme de services en santé mentale.

Le suivi intensif est généralement offert selon le modèle du programme *Assertive Community Treatment*, où l'intervention est soutenue par une équipe interdisciplinaire qui comprend un médecin.

Le soutien d'intensité variable, offert selon le modèle *Case Management*, s'adresse également aux personnes qui ont un trouble mental grave, mais dont les difficultés de fonctionnement sont moindres. C'est un intervenant pivot qui offre à une même personne le soutien et tous les services cliniques dont il a besoin pendant plusieurs mois, voire quelques années. Il va sans dire que les besoins peuvent varier sensiblement en intensité d'une période donnée à une autre.

L'accroissement du nombre de places observé au cours des dernières années s'est maintenu en 2009-2010. En effet, 178 places permettant un suivi intensif ont été créées, pour un total de 2 004, alors que les 322 nouvelles places donnant accès à un soutien d'intensité variable portaient le total à 3 998. À ce dernier chiffre, il faut ajouter les places offertes par les organismes communautaires, qui ne sont pas colligées par le Ministère et que l'on évalue à 1 600. On compte donc près de 5 600 places affectées au soutien d'intensité variable.

Bien que la cible établie pour cette année au regard du suivi intensif ait été atteinte, elle représente moins de 50 % de la cible finale du Plan d'action en santé mentale 2005-2010. Dans le cas du soutien d'intensité variable, en tenant compte des places offertes par les organismes communautaires, on n'atteint qu'environ 33 % du résultat escompté. Des efforts soutenus devront donc être consentis pour que les cibles fixées puissent être atteintes. En 2009-2010, si on traduit les résultats obtenus en nombre de places disponibles, ceci équivaut à 27 places par 100 000 habitants pour le suivi intensif et à 54 places par 100 000 habitants pour le suivi d'intensité variable.

L'accès au traitement spécialisé de deuxième ou de troisième ligne

Le nombre de personnes, jeunes et adultes, qui attendent de recevoir des services de santé mentale spécialisés se révèle très préoccupant, d'autant plus qu'il s'est accru au cours de l'exercice 2009-2010. En effet, au 31 mars 2010, 1 999 jeunes et 3 396 adultes attendaient depuis plus de 60 jours des services de deuxième ou de troisième ligne en santé mentale. Il s'agit de hausses de 319 jeunes et de 490 adultes par rapport à l'exercice précédent, alors que les années antérieures avaient été caractérisées par une réduction annuelle, en particulier pour les jeunes.

Orientation : **Favoriser l'intégration et la participation sociales des personnes présentant une déficience**

3.2.9 Les services destinés aux personnes présentant une déficience physique

Objectif **Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes présentant une déficience physique :**
- **en augmentant le nombre de personnes desservies**
- **en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services**

Indicateurs	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
Nombre de personnes desservies présentant une déficience physique	38 930	43 351	39 737
Nombre moyen d'interventions par personne présentant une déficience physique	29,9	28,3	30,6

Objectif **Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec, avec l'intensité suffisante, en augmentant de 12 % le nombre de personnes desservies**

Indicateur	Résultat 2008-2009	Cible 2009-2010	Résultat 2009-2010
Nombre de personnes desservies présentant une déficience physique	75 854	74 197	75 196

Le soutien à domicile aux personnes présentant une déficience physique

Une dimension importante de l'offre de service destinée aux personnes ayant une déficience physique, notamment en première ligne, est le soutien à domicile. Il existe de nombreux types de services permettant aux personnes handicapées de demeurer chez elles, de participer aux activités de leur communauté et d'exercer leurs différents rôles sociaux. Les cibles fixées concernent exclusivement les services offerts directement par les centres de santé et de services sociaux (CSSS). Les résultats des indicateurs ne tiennent donc pas compte des services rendus dans le cadre de l'allocation directe (chèque emploi-service) ni de ceux qu'offrent les entreprises d'économie sociale en aide domestique.

En 2009-2010, le nombre de personnes ayant une déficience physique qui reçoivent des services de soutien à domicile de la part d'un CSSS (mission CLSC), soit 39 737 personnes, est moindre que la cible annuelle fixée à 43 351 personnes. Il traduit toutefois une augmentation de 2 % par rapport à l'exercice précédent. En effet, alors qu'en 2008-2009, le nombre de personnes ayant une déficience physique qui recevaient des services de soutien à domicile s'établissait à 38 930, ce sont 807 personnes de plus qui ont bénéficié de tels services en 2009-2010.

L'intensité des services se mesure par le nombre moyen d'interventions par personne. Cet indicateur est passé de 29,9 en 2008-2009 à 30,6 en 2009-2010. La faible croissance du nombre de personnes ayant reçu des services au cours de cette période s'explique en partie par l'augmentation de l'intensité des services.

Depuis le début de la période visée par la planification stratégique, le nombre de personnes bénéficiant de services à domicile liés à une déficience physique n'atteint pas les résultats attendus. Ainsi, il est passé de 46 162 personnes en 2004-2005 à 39 737 personnes en 2009-2010, alors que la cible établie au départ était de 55 615 personnes. Il importe toutefois de souligner que l'intensité des services a connu une augmentation constante tout au long de cette période. En effet, si l'on comptait 21,4 interventions par personne présentant une déficience physique en 2004-2005, on en dénombre maintenant 30,6.

Ces résultats montrent que le nombre de personnes présentant une déficience physique qui bénéficient des services de soutien à domicile est resté relativement stable au cours des ans et que ces personnes bénéficient en moyenne de plus d'interventions aujourd'hui qu'en 2004-2005. De façon générale, elles reçoivent, de la part des CSSS (mission CLSC), les services dont elles ont besoin, à l'intensité correspondant à leurs besoins. Leur nombre n'atteint pas la cible établie pour l'exercice 2009-2010, mais il appert que cette cible a été surestimée.

Les services spécialisés aux personnes présentant une déficience physique

Le réseau d'établissements de réadaptation en déficience physique continue à développer son offre de service, de façon à améliorer la disponibilité et l'accessibilité de ses services s'adressant aux personnes qui ont une déficience motrice, visuelle, auditive ou du langage et de la parole.

En 2009-2010, le nombre de personnes desservies par les établissements de réadaptation en déficience physique s'établit à 75 196, excédant la cible annuelle fixée à 74 197 personnes. Cependant, si l'on compare ce résultat à celui de 2008-2009, on observe une diminution de 658 usagers.

Depuis le début de la période couverte par le Plan stratégique 2005-2010, le nombre de personnes ayant reçu des services spécialisés en déficience physique est passé de 62 434 à 75 196, soit une augmentation d'environ 20 %.

L'atteinte des résultats attendus peut s'expliquer par les efforts appréciables consentis, au cours des dernières années, à l'amélioration de la gestion en ce qui concerne l'accès aux services et la diminution des temps d'attente, combinée à d'importants investissements financiers.

3.2.10 Les services destinés aux personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement

Objectif **Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement :**

- **en augmentant le nombre de personnes desservies**
- **en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services**

Indicateurs	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
Nombre de personnes desservies présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement	13 070	10 792	13 901
Nombre moyen d'interventions par personne présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement	10,0	10,2	10,8

Le soutien à domicile aux personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement

Les commentaires faits à la section sur la déficience physique – qu'ils portent sur l'offre de service de soutien à domicile, les objectifs poursuivis ou le portrait global des services offerts – s'appliquent également à la présente section.

Le nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement qui reçoivent des services de soutien à domicile a augmenté de 6,4 % par rapport à l'année dernière. En effet, entre 2008-2009 et 2009-2010, ce nombre est passé de 13 070 à 13 901 ; ainsi, il dépasse largement la cible annuelle fixée à 10 792.

En outre, une amélioration de l'intensité des services de 0,8 intervention par personne s'observe pendant la même période. Le nombre moyen d'interventions par personne présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement, qui s'établit à 10,8 interventions, dépasse le résultat attendu pour l'année en cours, qui était de 10,2 interventions.

Au cours de la période couverte par le Plan stratégique 2005-2010, on constate que le nombre de personnes ayant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement qui ont bénéficié de services de soutien à domicile a augmenté. En effet, ce nombre est passé de 9 255 personnes en 2004-2005 à 13 901 personnes en 2009-2010, soit une hausse de 50,2 %. En ce qui concerne le nombre moyen d'interventions, les résultats sont restés stables depuis 2004-2005. À cet égard, le fait que, dans certaines régions, on privilégie des modalités de services à domicile qui ne sont pas prises en compte par le présent indicateur ou des modifications apportées aux méthodes de comptabilisation pourraient expliquer ces résultats.

En résumé, les résultats montrent que le nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement qui bénéficient de services de soutien à domicile est en augmentation depuis quelques années et que ces personnes reçoivent des services qui sont à peu près de même intensité depuis 2005-2006.

Orientation : **Agir sur les difficultés d'adaptation sociale des personnes aux prises avec une dépendance (alcoolisme, autres toxicomanies, y compris le jeu pathologique)**

3.2.11 Les services destinés aux personnes aux prises avec une dépendance

Objectif **Maintenir ou accroître progressivement, selon les territoires locaux, pour les personnes susceptibles de faire une demande de service, l'accès à un programme d'intervention brève en alcoolisme et toxicomanies (ex. : *Alcochoix +*)**

Indicateur	Résultat 2008-2009	Cible 2009-2010	Résultat 2009-2010
Proportion de CSSS offrant le programme *Alcochoix +*	55 %, soit 52 territoires locaux sur 95	Implantation progressive du programme	64 %, soit 61 territoires locaux sur 95

Objectif **Accroître l'accessibilité aux services spécialisés en jeu pathologique dans l'ensemble des régions du Québec (1,5 % de la population requiert des services spécialisés)**

Indicateur	Résultat 2008-2009	Cible 2009-2010	Résultat 2009-2010
Nombre de joueurs traités par ces services	4 735	6 185	4 622

Le programme *Alcochoix +*

Le programme d'intervention brève *Alcochoix +* s'adresse aux personnes de 18 ans et plus qui se préoccupent des conséquences de leur consommation d'alcool et qui désirent modifier leurs habitudes. Il les amène à faire des choix éclairés et à réduire leur consommation. Reposant sur une approche motivationnelle, ce programme permet d'orienter les adultes qui le suivent, notamment ceux qui ont développé une dépendance ou d'autres problèmes de toxicomanie, vers des services spécialisés. *Alcochoix +* favorise la mise en œuvre de stratégies aidant les personnes à augmenter leur confiance en elles et à atteindre leur objectif.

En 2009-2010, l'implantation de ce programme s'est poursuivie, entraînant l'augmentation du nombre de points de service. On en compte aujourd'hui 92 ; ils se répartissent sur 61 territoires locaux, comparativement à 52 en 2008-2009, situés dans 14 régions du Québec.

En 2009-2010, deux formations ont permis de former 22 intervenants des CSSS de deux régions du Québec.

Les services spécialisés offerts aux joueurs pathologiques

Le nombre de joueurs traités en 2009-2010 est de 4 622, ce qui représente une baisse de 113 joueurs par rapport à 2008-2009. Au début de la période couverte par le Plan stratégique 2005-2010, le nombre de joueurs traités s'établissait à 5 281.

Les motifs permettant d'expliquer les baisses observées en 2009-2010 ainsi qu'au cours des dernières années restent à vérifier. Les campagnes de prévention réalisées par le Ministère pourraient avoir contribué à faire connaître les risques associés aux jeux de hasard et d'argent. Ainsi, elles pourraient avoir eu comme effet de réduire l'apparition ou la croissance des comportements de jeu à risque ou problématiques au sein de la population.

Par ailleurs, l'étude sur la prévalence du jeu pathologique au Québec menée par le Fonds québécois de recherche sur la société et la culture, en collaboration avec le Ministère, apportera certainement des explications additionnelles quant à la baisse du nombre de joueurs traités depuis 2005-2006.

Enfin, il faut mentionner que, depuis quelques mois, un programme de formation est offert aux intervenants des CSSS. Cette formation devrait favoriser un meilleur repérage de la clientèle visée ainsi que l'accroissement du nombre de références vers les services spécialisés.

Orientation : **Assurer des services de santé et des services sociaux adaptés aux particularités des communautés crie et inuite**

3.2.12 Les services aux communautés crie et inuite

Objectif **Mettre en œuvre le Plan stratégique et de bien-être du Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James, tel qu'il a été convenu dans l'entente intervenue entre le gouvernement du Québec et les Cris. À cet effet, il faut s'assurer que, chaque année, le Conseil produit son plan d'action annuel avec les indicateurs de résultats appropriés**

Indicateur	Résultat 2008-2009	Cible 2009-2010	Résultat 2009-2010
Dépôt du plan d'action annuel	Plan d'action déposé	Dépôt du Plan d'action 2009-2010	Plan d'action déposé

Objectif **Mettre en œuvre la planification stratégique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik en fonction des ressources mises à sa disposition. À cet effet, s'assurer que, chaque année, la Régie se dote d'un plan d'action annuel avec les indicateurs de résultats appropriés**

Indicateur	Résultat 2008-2009	Cible 2009-2010	Résultat 2009-2010
Dépôt du plan d'action annuel	Plan d'action non déposé	Dépôt du Plan d'action 2009-2010	Plan d'action non déposé

Les services à la communauté crie

Le 31 mars 2005, le gouvernement du Québec et le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James signaient une entente qui permettait aux Cris d'amorcer la mise en œuvre de leur planification stratégique en matière de santé et de services sociaux (conformément aux moyens financiers prévus au chapitre 14 (santé) de la *Convention de la Baie-James et du Nord québécois*). Dans ce contexte, le comité de suivi de l'entente MSSS-Cris s'assure de l'adéquation entre la planification stratégique et l'évolution de l'offre de service.

Dans son plan d'action, le Conseil Cri a accordé la priorité au développement des services locaux directs à la population, qu'il soit question des centres intégrés cris, des centres multiservices, des services à la jeunesse ou des services hospitaliers. De plus, la construction du centre intégré de Wemindji est terminée et celui-ci est en activité depuis. Un tel centre est en construction à Mistissini et le ministre en annonçait quatre autres en février 2010, soit à Nemaska, à Eastmain, à Waswanipi et à Waskaganish.

Par ailleurs, les parties ont convenu de prolonger jusqu'au 31 mars 2011 l'application des règles relatives au budget de fonctionnement du Conseil Cri. Un projet de mémoire a été préparé à l'intention du Conseil des ministres concernant le prolongement de l'entente et la création d'un comité technique qui aura pour mandat à la fois de faciliter les discussions sur les priorités dans les investissements en immobilisations et d'étudier les divers scénarios au regard des investissements capitalisables. Le projet de convention a fait l'objet d'une demande de décret visant à autoriser les ministres qu'elle concerne à la signer. Le décret a été approuvé le 20 mai 2009 par le Conseil des ministres et la convention avec les Cris a pris effet rétroactivement le 1er avril 2009.

Les services à la communauté inuite

Le Ministère et la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik ont signé, le 6 mars 2009, en présence du premier ministre Jean Charest, une entente portant, d'une part, sur la création d'un comité qui aura à discuter de la prestation des services de santé et des services sociaux au Nunavik et, d'autre part, sur la conclusion d'un accord à ce sujet avant le 31 mars 2010. Depuis, le Ministère et la Régie se sont dotés d'une structure de fonctionnement en comités ainsi que d'un plan de travail au regard du Plan stratégique régional 2009-2010 à 2015-2016, dont la dernière version a été déposée au Ministère à la fin de juin 2009. Les modalités de la mise en œuvre des divers projets seront précisées dans une convention et un cadre financier qui sont en négociation avec les représentants inuits. Ces projets comprennent, notamment, la réalisation de plans d'action annuels ainsi que la définition de modalités administratives visant la gestion financière et la reddition de comptes.

3.2.13 Autres résultats

Objectif **Améliorer l'accès, dans chaque territoire local, aux services infirmiers et psychosociaux généraux :**
- **en augmentant le nombre de personnes desservies**
- **en offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services**

Indicateurs	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
Nombre de personnes desservies par les services infirmiers	532 930	ND	528 061
Nombre moyen d'interventions par personne pour les services infirmiers	2,86	ND	2,91
Nombre de personnes desservies par les services psychosociaux	64 648	63 493	65 809
Nombre moyen d'interventions par personne pour les services psychosociaux	3,62	3,69	3,69

Objectif **Garantir, en tout temps et à toute la population, un accès aux services d'information et de conseils, de référence et d'orientation par Info-Santé 24/7, dans un délai de moins de 4 minutes**

Indicateurs	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
Proportion d'appels traités régionalement par Info-Santé dans un délai de moins de 4 minutes	51 %	ND	58 %
Taux d'utilisation/1 000 habitants	269	ND	285

Objectif **Implanter les services de prévention des chutes destinés aux personnes âgées vivant à domicile dans tous les territoires locaux, tel que défini dans le cadre de référence ministériel**

Indicateur	Résultat 2008-2009	Cible 2009-2010	Résultat 2009-2010
Proportion des territoires locaux où sont implantés ces services[1]	88 territoires sur 96, soit 91,7 %	Augmentation	90 territoires sur 96, soit 93,8 %

1. Il peut s'agir de l'un ou l'autre des deux types d'interventions en rapport avec ces services (volet personnalisé et volet non personnalisé). Le nombre total de territoires locaux inclut le territoire du Nord-du-Québec.

Objectif **Rehausser les soins et les services pour les personnes actuellement hébergées dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée en augmentant les heures travaillées :**

- **en soins infirmiers et d'assistance à un niveau de 3 heures travaillées par jour-présence en 2010**
- **en services professionnels pour atteindre 0,23 heure travaillée par jour-présence en 2010 (nutrition clinique, pharmacie, physiothérapie, ergothérapie, etc.)**

Indicateurs	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance	3,17	3,03	3,14
Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels	0,23	0,23	0,23

Objectif **Améliorer l'accès à des services de soutien pour les familles de personnes présentant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement en augmentant le nombre de personnes dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe**

Indicateurs	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
Nombre de personnes présentant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien pour le répit-gardiennage-dépannage par allocation directe	6 133	6 702	6 467
Nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien pour le répit-gardiennage-dépannage par allocation directe	12 456	12 306	13 160

3.3 L'amélioration de la qualité des services ainsi que l'optimisation de l'utilisation des ressources qui soutiennent la dispensation des services

Orientation : **Améliorer la qualité et assurer la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux**

3.3.1 La qualité et la prestation sécuritaire des services

Objectif **Réduire l'incidence moyenne annuelle des infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale**

Indicateurs	Résultats 2008-2009[3]	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010[4]
Taux d'infections nosocomiales qui font l'objet d'un programme de surveillance provinciale :			
• Taux de diarrhées associées au *Clostridium difficile*/ 10 000 patients-jours[1]	6,4	Diminution	6,4
• Bactériémies sur cathéters centraux/ 1 000 jours-cathéters[1] :		Diminution	
– Soins intensifs adultes universitaires	2,1		2,0
– Soins intensifs adultes non universitaires	9,0		6,8
– Soins intensifs pédiatriques	2,0		2,6
– Soins intensifs néonatals	4,6		5,6
• Bactériémies à *Staphylococcus aureus* et à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline[1]			
– Souches de *Staphylococcus aureus* résistantes à la méthicilline	21,5 %	Diminution	19,9 %
• Proportion d'infections cliniques à entérocoque résistant à la vancomycine parmi les nouveaux cas[2]	1,4 %	Diminution	ND

1. Les résultats 2009-2010 sont tirés des portails de surveillance de l'INSPQ, en date du 3 mai 2010. Les périodes de référence sont du 1er avril au 31 mars.
2. La période de référence est du 1er septembre au 31 août. Les données sont tirées de rapports annuels de l'INSPQ.
3. Les résultats relatifs aux bactériémies sur cathéters centraux/1 000 jours-cathéters soins intensifs adultes non universitaires, pédiatriques et néonatals, ainsi qu'aux bactériémies à *Staphylococcus aureus* et à *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline ont été modifiés après la publication du *Rapport annuel de gestion 2008-2009*. Ces changements découlent du processus habituel de validation des données de surveillance.
4. Des modifications pourraient être apportées aux résultats à la suite de mises à jour des données de surveillance.

Au cours des dernières années, quatre programmes de surveillance d'infections nosocomiales ont été rendus obligatoires pour certaines installations hospitalières de soins de courte durée, ciblées en fonction de critères bien précis. Le cumul des données est fort intéressant puisqu'il permet de suivre la situation épidémiologique ainsi que les tendances locales, régionales et provinciales.

Le taux provincial d'incidence des diarrhées associées au *Clostridium difficile* au cours de la cinquième année de la surveillance se maintient au niveau le plus bas jamais observé depuis le début du programme (2004-2005) ; ce niveau avait été atteint au cours de la quatrième année de la surveillance. Plus précisément, on observe une diminution des taux par rapport aux années antérieures dans plus de la moitié des hôpitaux (53 %) et une stabilité des taux dans un tiers des hôpitaux. Le nombre de décès survenus 30 jours après un diagnostic de diarrhée associée au *Clostridium difficile* demeure stable depuis 2005-2006. Ce nombre était approximativement deux fois plus élevé pendant la première année de surveillance. Le réseau de surveillance provinciale des diarrhées associées au *Clostridium difficile* compte 95 installations participantes.

En 2009-2010, la participation des unités de soins intensifs au programme de surveillance des bactériémies sur cathéters centraux s'est maintenue par rapport à l'exercice précédent. Actuellement, 57 unités de soins intensifs, réparties dans 42 centres hospitaliers, participent à ce programme. Les taux observés pour les unités participantes ne montrent pas de tendance générale vers une diminution, sauf ceux qui concernent les unités de soins intensifs pour adultes situées dans les centres hospitaliers non universitaires. Les décès liés à ce type de bactériémie ont légèrement diminué par rapport à la dernière année, bien qu'il ne s'agisse pas d'une baisse statistiquement significative.

Du 1er avril 2009 au 31 mars 2010, 87 installations ont participé au programme obligatoire de surveillance des bactériémies à *Staphylococcus aureus*. Le nombre de ces bactériémies d'origine nosocomiale est passé de 699 en 2008-2009 à 621 en 2009-2010. Pendant la même période, on observe une légère baisse, de 21,5 % à 19,9 %, de la proportion de *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline.

Le programme de surveillance obligatoire des entérocoques résistants à la vancomycine s'effectue avec la collaboration de 81 laboratoires hospitaliers. Les résultats provisoires observés en 2009-2010 sont comparables à ceux de l'année précédente et conformes aux données publiées dans la littérature scientifique. Les infections à entérocoques résistants à la vancomycine demeurent rares, mais peuvent être sévères chez les hôtes fragiles ou difficiles à traiter en raison des options thérapeutiques limitées. De plus, le potentiel de transfert des gènes de résistance vers d'autres espèces virulentes telles que le *Staphylococcus aureus* justifie le suivi de l'évolution épidémiologique de ces infections ainsi que les efforts investis pour contrôler la transmission de celles-ci.

Orientation : **Informer la population sur son état de santé et de bien-être et sur les moyens de le maintenir ou de l'améliorer**

3.3.2 L'information à la population

Objectif **Rendre accessible aux citoyens et aux intervenants un ensemble intégré de ressources d'information, dont le Portail santé sur Internet**

Indicateur	Résultat 2008-2009	Cible 2009-2010	Résultat 2009-2010
Nombre de consultations du site Web	265 410	ND	223 922

Objectif **Poursuivre la réalisation des campagnes sociétales nécessaires au succès des actions de promotion de la santé et de prévention sur les thèmes prioritaires choisis par le Ministère, notamment sur :**

- **le bon usage du médicament**
- **le soutien parental**
- **les dépendances (alcool, drogues, jeux de hasard et d'argent)**
- **la santé mentale**
- **les saines habitudes de vie**
- **les ITSS et le sida**
- **la vaccination contre l'influenza saisonnière**

Indicateur	Cible 2009-2010	Résultat 2009-2010
Réaliser les objectifs fixés pour chacune des campagnes	Réalisation de campagnes qui auront le potentiel de changer les comportements : message clair, perception des personnes exposées, etc.	Voir le texte pour les résultats de chacune des campagnes 2009-2010

Le Portail santé

À terme, le Portail santé constituera un service d'avant première ligne. Il favorisera la prise en charge du citoyen par lui-même au regard de sa santé. Les travaux menant à la mise en ligne de ce portail se sont poursuivis en 2009-2010.

Le *Guide santé*, actuellement accessible sur Internet, en est une composante importante. Son contenu vise le grand public. Il a fait l'objet de 223 922 consultations de la part de citoyens en 2009-2010.

Les campagnes sociétales

Les effets des campagnes sociétales sur les comportements n'étant observables que sur une longue période, c'est sur le pouvoir de celles-ci de mener aux changements souhaités qu'ont porté les évaluations effectuées. Des indicateurs relatifs au matériel produit, tels que la notoriété (soit le pourcentage du public cible qui se souvient du message), la compréhension du message et l'attitude des personnes qui y sont exposées, permettent d'évaluer le pouvoir de ces campagnes de modifier les comportements dans les mois et les années qui suivent. Les résultats des mesures viennent d'études qui ont été menées par des firmes de recherche indépendantes et qui portaient sur les campagnes réalisées par des agences de publicité.

L'objectif du Plan stratégique 2005-2010 a été atteint puisque, pour chaque campagne, les mesures effectuées auprès des publics cibles et des publics exposés ont montré une notoriété minimale de 30 % et un niveau de compréhension du message de 85 %.

Campagnes	Constats
Adultes • Bon usage du médicament • Vaccination contre la grippe A(H1N1) • Vaccination contre la grippe saisonnière • Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) • Jeu excessif chez les adultes • Journée mondiale du sida • Santé mentale (réduction des préjugés à l'égard des victimes de dépression) • Saines habitudes de vie • Programme québécois de dépistage du cancer du sein **Jeunes** • Avenir en santé (inscription d'étudiants dans le secteur de la santé et des services sociaux) • Dépendances (alcool, drogues et jeux de hasard et d'argent) chez les jeunes et soutien parental • Infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) • Tabagisme chez les jeunes	La notoriété s'avère un facteur essentiel pour mesurer l'efficacité d'une campagne publicitaire. C'est la principale variable mesurée cette année. En ce qui concerne les campagnes destinées aux adultes, une notoriété supérieure au seuil minimal visé a été atteinte pour au moins une composante dans le cas de trois campagnes : celles sur le bon usage du médicament, la santé mentale et la dépendance au jeu. Les autres campagnes ont enregistré des résultats inférieurs, souvent liés à une diffusion limitée. En ce qui a trait aux campagnes destinées aux moins de 25 ans, une notoriété supérieure au seuil minimal visé a été atteinte pour au moins une composante dans le cas de deux campagnes : Avenir en santé et celle sur les ITSS. Les deux autres campagnes ont enregistré des résultats inférieurs. Les deux campagnes ayant obtenu la plus forte notoriété sont celles qui étaient destinées aux adultes et qui portaient soit sur la santé mentale, soit sur le jeu excessif. La campagne de prévention du tabagisme ayant été diffusée en avril 2010, soit un mois après la fin de l'exercice budgétaire 2009-2010, son évaluation ne fait pas partie du présent rapport.

Orientation : **Assurer la disponibilité de ressources humaines qualifiées**

3.3.3 Les effectifs médicaux

Objectif **Assurer un niveau d'atteinte de 80 % des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) en médecine de famille et en médecine spécialisée**

Indicateurs	Résultats PREM 2009	Cibles PREM 2010	Résultats préliminaires PREM 2010
Niveau d'atteinte des PREM (recrutement de nouveaux facturants) en médecine de famille par catégorie de régions[1]	93 % en régions éloignées 104 % en régions intermédiaires 104 % en régions périphériques 100 % en régions universitaires	80 % des postes de nouveaux omnipraticiens autorisés par le PREM de chacune des régions du Québec	103 % en régions éloignées 81 % en régions intermédiaires 95 % en régions périphériques 101 % en régions universitaires
Niveau d'atteinte des PREM (recrutement pour tous les postes autorisés en établissement) en médecine spécialisée par catégorie de régions[1]	79 % en régions éloignées 84 % en régions intermédiaires 91 % en régions périphériques 95 % en régions universitaires	80 % des postes de spécialistes autorisés par le PREM de chacune des régions du Québec	79 % en régions éloignées 85 % en régions intermédiaires 92 % en régions périphériques 95 % en régions universitaires

1. Les régions éloignées sont le Bas-Saint-Laurent, l'Abitibi-Témiscamingue, la Côte-Nord, la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, le Nord-du-Québec, le Nunavik et les Terres-Cries-de-la Baie-James.
Les régions intermédiaires sont le Saguenay–Lac-Saint-Jean, la Mauricie et le Centre-du-Québec ainsi que l'Outaouais.
Les régions périphériques sont la Chaudière-Appalaches, Laval, Lanaudière, les Laurentides et la Montérégie.
Les régions universitaires sont la Capitale-Nationale, l'Estrie et Montréal.

Objectif **Faciliter l'intégration à la pratique de la médecine aux diplômés en médecine hors du Canada et des États-Unis**

Indicateurs	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
Nombre de permis restrictifs émis par le Collège des médecins du Québec pour combler des besoins cliniques en régions non universitaires	29	ND	28
Nombre de Québécois diplômés hors du Canada et des États-Unis admis en résidence annuellement	77[2]	ND	62

2. Le résultat 2008-2009 a été révisé et transmis par la Conférence des recteurs et des principaux des universités du Québec.

Les plans régionaux d'effectifs médicaux

Les différentes régions administratives du Québec n'affichent pas toutes le même niveau d'accès aux soins de santé. Ainsi, le plan régional d'effectifs médicaux (PREM) a été conçu pour assurer une plus grande équité en matière d'accès aux services médicaux. La notion d'*équité* comprend ici deux principes :

- assurer à la population de chaque région une part équitable des services ;
- privilégier l'installation des médecins, selon le nombre requis pour offrir ces services, dans la région des bénéficiaires.

Les médecins omnipraticiens

Les données préliminaires du PREM 2010 montrent que l'objectif de 80 % des PREM en médecine générale a été atteint, selon les données par regroupement de régions. Le recrutement de nouveaux médecins au début de leur pratique demeure difficile, particulièrement dans les régions de l'Outaouais, des Laurentides, de la Gaspésie–Îles-de-la-Madeleine, du Nord-du-Québec et des Terres-Cries-de-la-Baie-James, pour lesquelles les pourcentages de recrutement de nouveaux facturants se situent en deçà de 80 %. Les résultats devraient cependant s'améliorer au cours des prochains mois dans la plupart de ces régions puisque le PREM 2010 demeure en vigueur jusqu'au 30 novembre de cette même année. En ce qui a trait aux régions du Bas-Saint-Laurent, de la Côte-Nord et du Nunavik, les résultats ont dépassé la cible autorisée au regard des nouveaux facturants, signe d'une bonne performance. Enfin, des dépassements ont été autorisés dans les régions de la Chaudière-Appalaches et de l'Estrie pour permettre le recrutement de médecins sous permis restrictif.

Le Ministère ainsi que le réseau de la santé et des services sociaux, en collaboration avec leurs partenaires, devront continuer à offrir des mesures incitatives non seulement pour assurer l'atteinte des cibles régionales, mais aussi pour favoriser une meilleure répartition intrarégionale.

Les médecins spécialistes

Selon les données préliminaires, la cible de 80 % en médecine spécialisée fixée dans les PREM a été atteinte dans les régions intermédiaires, périphériques et universitaires. Pour les régions éloignées, la proportion est de 79 %. Ces résultats sont la conséquence d'une gestion rigoureuse des PREM, particulièrement dans les régions universitaires. En outre, la mise en place des réseaux universitaires intégrés de santé favorise une meilleure répartition des effectifs médicaux, par des actions concertées entre les milieux universitaires et chacune des agences.

Les admissions en médecine

La politique doctorale est le principal levier dont dispose le gouvernement afin de doter, à moyen et à long terme, le Québec de nouveaux médecins en nombre suffisant pour assurer la relève de ceux qui quittent la profession et pour répondre aux nouveaux besoins de la population québécoise. À cet égard, dans le but de favoriser un redressement de l'évolution du nombre de médecins qui répond adéquatement aux besoins de la population du Québec, les admissions doctorales régulières ont été augmentées de manière importante au cours des dernières années, passant de 406 en 1998-1999 à 789 en 2009-2010. Le nombre de ces admissions continuera d'ailleurs de croître durant les deux prochaines années, jusqu'à atteindre 847 nouvelles admissions.

L'intégration professionnelle des diplômés en médecine hors du Canada et des États-Unis

L'intégration professionnelle des médecins diplômés à l'étranger constitue une préoccupation constante du Ministère. Elle vise essentiellement deux catégories de médecins : ceux qui sont recrutés à l'extérieur pour combler des besoins cliniques, surtout dans les régions non universitaires (avec permis restrictif de pratique) ; ceux qui ont déjà un statut d'immigrant reçu (ou de citoyen canadien), qui ont obtenu une équivalence de diplôme du Collège des médecins du Québec et qui souhaitent occuper une place de résidence en médecine en vue d'obtenir leur permis d'exercice régulier.

En ce qui concerne les médecins de la première catégorie, le nombre de permis restrictifs accordés par le Collège des médecins du Québec à des diplômés hors du Canada et des États-Unis (DHCEU) s'est maintenu en 2008-2009 et en 2009-2010. L'amélioration des processus du service Recrutement Santé Québec laisse entrevoir d'aussi bons résultats en 2010-2011. D'autre part, l'Arrangement de reconnaissance mutuelle des compétences Québec-France pour les médecins français admissibles est en vigueur depuis novembre 2009. Cette entente devrait se traduire par un nombre accru de médecins détenteurs d'un permis restrictif pour répondre à des besoins cliniques. Ces médecins recevront un permis valide dans tous les établissements du Québec et seront soumis, comme tous les autres médecins, aux règles des PREM.

Pour ce qui est des médecins de la deuxième catégorie, ils doivent obtenir une équivalence de diplôme et, par la suite, une place de résidence dans une faculté de médecine. Les admissions des Québécois DHCEU, dans le contingent régulier et le contingent particulier, sont passées de 5 en 2002-2003 à 77 en 2008-2009 ; il s'agit ici d'un sommet. En 2009-2010, 62 DHCEU ont été admis. Par ailleurs, un groupe de travail a été créé en janvier 2008 pour étudier les façons d'améliorer l'intégration professionnelle des DHCEU qui sont candidats au permis régulier de pratique de la médecine ; il a déposé son rapport final au mois de juin 2009. Le ministre a annoncé en janvier 2010 qu'il donnait suite à l'ensemble des recommandations du rapport, notamment la mise en place d'un mécanisme d'évaluation et d'orientation ainsi que l'instauration d'un stage de mise à niveau pour les candidats DHCEU admissibles.

Les mesures incitatives de répartition géographique des médecins

Des avantages financiers non négociés avec les fédérations médicales sont offerts aux médecins qui souhaitent pratiquer la médecine dans certains territoires du Québec. Ces avantages se présentent sous forme de bourses d'études, de primes d'installation, de primes de maintien, de stages et d'emplois d'été pour étudiants, par exemple. Les mesures non négociées sont gérées avec l'appui du comité interrégional sur les effectifs médicaux en régions désignées, qui est formé de représentants des territoires désignés et du Ministère.

L'octroi de bourses à des étudiants et à des résidents en médecine lié à un engagement de pratiquer dans l'un des territoires désignés est une autre mesure efficace pour favoriser l'installation de médecins en région. Le nombre de bourses offertes par la Régie de l'assurance maladie du Québec a augmenté de façon importante depuis le début des années 2000, passant d'environ 40 alors à 87 en 2008-2009. On en prévoit encore plus pour 2009-2010, étant donné les efforts consacrés à la promotion du programme et l'augmentation des cohortes. Ces données n'incluent pas les récipiendaires de bourses de formation spécialisée dont l'octroi relève des agences de la santé et des services sociaux des régions ayant un territoire désigné.

La formation médicale décentralisée

Les stages de formation médicale offerts hors des milieux universitaires sont considérés comme un autre facteur favorisant l'installation des médecins en région. Ainsi, le Conseil des ministres recommandait l'atteinte de pourcentages significatifs concernant les stages en région, soit de 10 % à 15 % dans les programmes spécialisés et de 30 % à 35 % dans les programmes de médecine familiale, par rapport à l'ensemble des stages de formation effectués par les résidents. En 2008-2009, soit l'année la plus récente pour laquelle des données sont disponibles, environ 7 % des stages dans les programmes spécialisés de base et 31 % des stages dans les programmes de médecine familiale ont été faits dans un endroit situé à plus de 50 kilomètres d'une faculté de médecine.

3.3.4 Le personnel du réseau

Objectif **Soutenir l'implantation de 75 infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en cardiologie, en néphrologie et en néonatologie de même qu'en soins de première ligne**

Indicateurs	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
Nombre d'IPS candidates exerçant dans le réseau de la santé et des services sociaux ou en stage de formation	25	45	49
Nombre d'IPS exerçant dans le réseau de la santé et des services sociaux	40	65	58

Objectif **Identifier les problématiques de main-d'œuvre, selon les secteurs d'activité, à l'échelle nationale**

Indicateur	Résultat 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
Évolution de l'écart entre les besoins et la disponibilité des ressources dans les secteurs prioritaires	Suivi effectué	Suivi national	Suivi national effectué
		Production d'un plan prévisionnel aux paliers local et régional	Plan prévisionnel de main-d'œuvre produit aux paliers local et régional

Objectif **Améliorer la gestion de la présence au travail**

Indicateur	Résultat 2008-2009	Cible 2009-2010	Résultat 2009-2010
Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,62 %[1]	5,74 %	5,54 %[2]

1. D'après les données en date de la fin de la période 12, soit le 28 février 2009.
2. D'après les données en date de la fin de la période 12, soit le 27 février 2010. Puisque les données pour la période 13 n'étaient pas encore connues au moment de préparer le présent rapport, le résultat sera révisé après réception des états financiers (AS-471).

Objectif **Négocier des conventions collectives qui tiennent compte des particularités de l'établissement, selon les orientations ministérielles en matière de négociations locales**

Indicateurs	Résultats 2008-2009	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
Nombre et pourcentage de conventions collectives négociées avec ou sans médiation	834 (93 %)	Signature des conventions collectives restantes	867 (95 %)
Nombre et pourcentage de conventions collectives négociées avec arbitrage	25 (3 %)		27 (3 %)

Soutien à l'implantation des infirmières praticiennes spécialisées

L'infirmière praticienne spécialisée (IPS) donne, selon une approche globale et synergique, des soins infirmiers et certains soins médicaux dans un des domaines de spécialité suivants : la cardiologie, la néonatologie, la néphrologie et les soins de première ligne. Elle peut prescrire des examens diagnostiques, des médicaments ou d'autres substances et des traitements médicaux. Elle peut également avoir recours à des techniques diagnostiques invasives et utiliser des techniques ou appliquer des traitements médicaux invasifs ou présentant des risques de préjudice.

Les lieux de pratique des IPS en cardiologie, en néonatologie et en néphrologie sont les centres hospitaliers de soins généraux et spécialisés, alors que ceux des IPS en soins de première ligne sont les groupes de médecine de famille, les unités de médecine familiale ainsi que les centres de santé et de services sociaux (dans le programme de services courants, le programme de maintien à domicile et le programme à l'intention des clientèles vulnérables ou aux prises avec une maladie chronique).

En 2009-2010, 58 IPS exercent dans le réseau. Actuellement, 40 IPS travaillent dans les spécialités de cardiologie, de néonatologie et de néphrologie, soit 6 de plus qu'en 2008-2009 (19 en cardiologie, 11 en néonatologie et 10 en néphrologie). En 2009-2010, 9 étudiantes terminent leur formation dans ces mêmes spécialités ou attendent les résultats de leur examen de certification.

De plus, 13 étudiantes en soins de première ligne ont gradué en 2009-2010 et exercent comme IPS dans le réseau de la santé depuis la dernière année, ce qui porte à 18 le nombre total d'IPS en soins de première ligne. Il faut souligner que 40 étudiantes seront prêtes à intégrer le réseau à l'automne ou à l'hiver prochain.

On constate un intérêt marqué de la part des infirmières cliniciennes pour la spécialité de la première ligne. En effet, depuis 2007, date à laquelle les universités ont commencé à offrir la formation d'IPS en soins de première ligne, 135 étudiantes s'y sont inscrites, comparativement à 22 pour les autres spécialités.

Les besoins de main-d'œuvre par profession

Le modèle de projection des besoins de main-d'œuvre conçu par le Ministère est un modèle quantitatif qui permet de comparer l'effectif requis avec l'effectif disponible afin de déterminer si la main-d'œuvre disponible suffira à la demande. Les données sont mises à jour annuellement et validées par les groupes de pilotage de main-d'œuvre en soins infirmiers, en réadaptation, en services sociaux, en services diagnostic et du personnel cadre.

Les titres d'emplois auxquels le Ministère et ses partenaires portent une attention particulière sont les suivants :

- Infirmière
- Préposé aux bénéficiaires
- Ergothérapeute
- Orthophoniste
- Physiothérapeute
- Pharmacien d'établissement
- Psychologue
- Diplômé en travail social
- Technologue en électrophysiologie médicale
- Technologiste médical
- Technologue en médecine nucléaire
- Infirmière auxiliaire
- Inhalothérapeute
- Audiologiste
- Technologue en radiodiagnostic

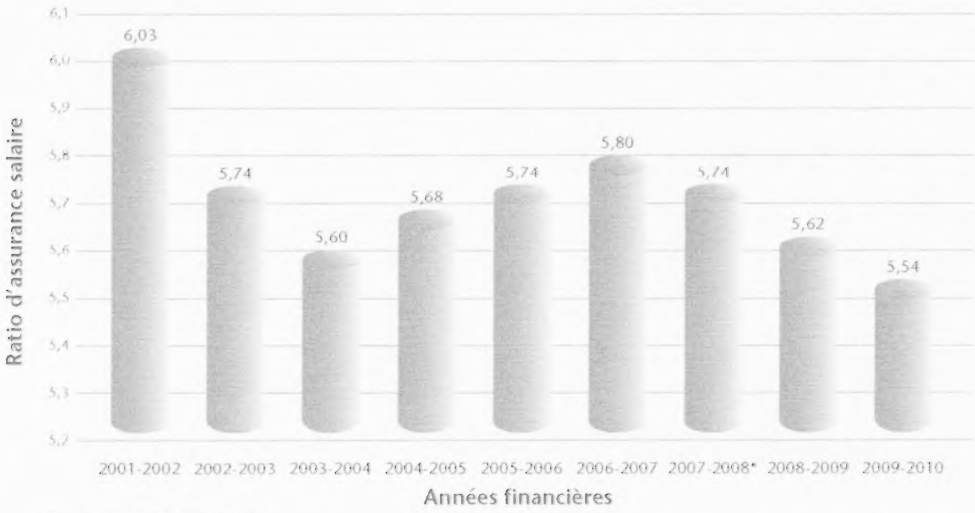
Afin de soutenir la préparation des plans de main-d'œuvre à l'échelle locale et régionale, prévus aux articles 231 et 376 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, le Ministère a piloté la mise en application d'un cadre normatif pour les données sur la main-d'œuvre. Celui-ci vise à doter le réseau d'une seule et même assise en matière de gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre. Ainsi, la planification de la main-d'œuvre locale et régionale reposera sur des données comparables d'un établissement à l'autre et d'une région à l'autre. La planification de la main-d'œuvre nationale, basée sur ces données, sera comparée aux méthodes usuelles d'évaluation des besoins de main-d'œuvre du Ministère.

La gestion de la présence au travail

L'indicateur le plus approprié pour suivre l'évolution de la présence au travail dans le réseau demeure le ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées puisqu'il tient compte, entre autres, de la variation du nombre d'heures travaillées. À la fin de la période 12 de l'exercice financier 2009-2010, soit en date du 27 février 2010, le ratio était de 5,54 %, tandis qu'il s'est établi à 5,62 % pour l'année 2008-2009. Cette baisse représente une amélioration de 1,4 % du ratio d'assurance salaire. Si la tendance se maintient, le résultat de 2009-2010 pourrait être le meilleur des neuf dernières années, alors que le ratio se hissait à un sommet de 6,03 % en 2001-2002. La cible de 5,74 % fixée pour l'année 2009-2010 devrait donc être atteinte.

Les efforts pour améliorer la présence au travail se sont intensifiés au cours des dernières années. Les organisations se sont investies dans diverses démarches, telles que les diagnostics organisationnels, les processus d'agrément, des approches liées au climat de travail ou à l'humanisation des soins et des services (Entreprise en santé, Planetree ou Hôpitaux promoteurs de la santé, par exemple). Ces actions orientées vers la mobilisation du personnel démontrent que la présence au travail demeure une priorité organisationnelle, tant sur le plan local que sur le plan régional.

Ratio national de l'assurance salaire (%)



* La donnée 2007-2008 a été révisée.

Enfin, en étroite collaboration avec les agences de la santé et des services sociaux ainsi que les établissements, le Ministère poursuit la mise en œuvre de diverses activités en vue d'améliorer la gestion de la présence au travail.

Les conventions collectives

L'objectif de négocier des conventions collectives qui tiennent compte des particularités des établissements selon les orientations ministérielles en matière de négociation locale s'inscrit dans le contexte de l'adoption de la Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales (projet de loi n° 30). À la fin de la période couverte par le Plan stratégique 2005-2010, le bilan de la négociation locale montre que les établissements ont été plutôt conservateurs quant à la modification ou à l'adaptation des textes de conventions collectives. Dans la grande majorité des cas, ce fut la reconduction du *statu quo* des conventions collectives nationales. L'exercice a tout de même permis de répondre aux attentes concernant une plus grande souplesse dans la gestion au quotidien et des dispositions mieux adaptées aux réalités locales.

Plus précisément, au terme de l'exercice 2009-2010, le processus des négociations locales est pratiquement terminé. En effet, 98 % des conventions collectives sont négociées (avec ou sans médiation, ou avec arbitrage). Au cours de cette période, 33 conventions collectives ont été signées et 2 sentences arbitrales ont été rendues ; ce qui porte le total à 894 au 31 mars 2010.

Le Ministère poursuivra son suivi des établissements dans lesquels l'exercice n'est pas encore terminé et de ceux pour lesquels la date d'échéance de la négociation locale approche.

Orientation : **Optimiser l'utilisation des ressources informationnelles et la circulation de l'information clinique en soutien à l'intégration des services**

3.3.5 L'utilisation des ressources informationnelles

Objectif **Assurer la gouvernance des ressources informationnelles du Ministère et de son réseau :**

- **en assurant l'évolution annuelle de l'architecture globale du plan d'informatisation**
- **en élaborant et en diffusant les normes et les standards qui soutiennent les orientations architecturales du plan d'informatisation**
- **en assurant la réalisation annuelle, par 100 % des agences, de plans régionaux d'informatisation arrimés avec l'architecture globale du plan d'informatisation**

Indicateurs	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
Révision annuelle de l'architecture globale	Interopérabilité, à l'échelle québécoise et canadienne, des systèmes d'information en santé	Préparation en cours d'un cadre de référence portant sur l'intégration et le partage de services applicatifs ainsi que sur l'échange d'information
	Suivi des travaux des différents comités de travail d'Inforoute Santé du Canada (ISC)	Collaboration aux travaux des groupes de travail de l'Unité collaborative de normalisation, instance de concertation d'Inforoute Santé du Canada
	Élaboration des orientations technologiques	Actualisation en cours d'environ 60 orientations et directives
Normes et standards diffusés annuellement en relation avec l'architecture globale	Évolution du registre des normes	Mise à jour du registre avec près de 500 normes et standards appuyant les orientations et les directives
	Diffusion des normes et des standards	Préparation en cours d'un cadre de gestion de la normalisation incorporant un processus unique de validation et de diffusion des normes et standards

Objectif **Implanter les systèmes d'information et les infrastructures technologiques ministérielles, provinciales et régionales en soutien à l'intégration des services et à la circulation de l'information clinique**

Indicateur	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
Systèmes d'information et infrastructures technologiques implantés	Mise en œuvre d'un projet expérimental portant sur un sous-ensemble du DSQ	Poursuite du projet expérimental, commencé en 2008-2009, pour les domaines : • Médicaments • Laboratoires • Couche d'accès à l'information sur la santé • SécurSanté • Registres • Consentement • Index patients maître • Visualiseur
	Déploiement des systèmes d'archivage et de transmission d'images diagnostiques numérisées dans le cadre du DSQ	Réalisation de 97 % des systèmes d'archivage et de numérisation (comparativement à 54 % en 2008-2009)
	SIPAD[1] RSIPA[2] GMF[3] SIGACO[4] SIVSI[5] I-CLSC[6] (volet sage-femme)	Déploiement en cours Déploiement en cours Nouveau processus d'informatisation implanté Déployé Déployé Déployé

1. SIPAD : Système d'information pour les personnes ayant une déficience.
2. RSIPA : Réseau de services intégrés pour les personnes âgées.
3. GMF : Groupes de médecine de famille.
4. SIGACO : Système d'information supportant le guichet d'accès pour les clientèles orphelines (à la recherche d'un médecin de famille).
5. SIVSI : Système intégré de vigie et de surveillance de l'influenza.
6. I-CLSC : Intégration-CLSC (système d'information sur les usagers et les services des CLSC).

Objectif **Réaliser et mettre en œuvre des cadres de gestion conduisant à la certification des applications et à l'utilisation de normes et de standards favorisant l'interopérabilité, la réutilisation, la concertation et l'intégration des systèmes d'information et des infrastructures technologiques**

Indicateurs	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
Réalisation et évolution de la mise en œuvre de cadres de gestion sur la certification et la normalisation	Révision de la portée de la certification	Portée de la certification révisée pour prioriser les systèmes cliniques et médico-administratifs Préparation du cadre de gestion sur la normalisation en cours
Nombre de projets informatiques certifiés	Ne s'applique pas	10 certifications 2 renouvellements de certification

Le Ministère a constitué, au cours de l'automne, des équipes de travail en architecture d'entreprise, architecture d'intégration et normalisation au sein de la Direction générale des technologies de l'information. En plus de contribuer à la prise en charge du Dossier de santé du Québec (DSQ) et d'offrir au réseau des services de soutien et d'encadrement en architecture, ces équipes ont mis en route plusieurs chantiers importants, notamment la remise à niveau de l'architecture d'entreprise et l'élaboration de l'architecture d'intégration.

Le Ministère a également créé la Table architecture du réseau et trois groupes de travail pour traiter certains dossiers en priorité : la gestion de l'identité des intervenants, la gestion de l'identité des usagers ainsi que le modèle d'échange et d'intégration de l'information. Un quatrième groupe de travail, portant sur le continuum des soins de première et deuxième lignes est en voie de formation.

Dans le cadre du projet expérimental, des améliorations technologiques ont été apportées à certains volets du DSQ, notamment dans les domaines Médicaments, Laboratoires, Couche d'accès à l'information sur la santé, Registres, Consentement et Visualiseur. Ainsi, le domaine Médicaments est prêt pour l'alimentation par les pharmaciens communautaires (montée en charge). Plus de 15 000 professionnels de la santé ont accès aux images radiologiques directement dans les services d'urgence, les blocs opératoires, les unités de soins et les cliniques externes.

ENJEU

3.4 La gestion efficiente des ressources financières allouées au réseau de la santé et des services sociaux

Orientation : **Assurer une gestion des ressources financières qui respecte le cadre budgétaire du gouvernement et qui est équitable pour toutes les régions du Québec**

3.4.1 L'utilisation des ressources financières

Objectif **Assurer la dispensation des services dans le respect de l'enveloppe budgétaire tout en poursuivant les efforts en vue d'atteindre les objectifs d'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux**

Indicateur	Résultat 2008-2009	Cible 2009-2010	Résultat 2009-2010
Respect de l'enveloppe budgétaire	155,9 M$	116,4 M$	150,6 M$

Objectif **Réduire d'au moins 50 % les écarts estimés de financement entre les régions par le mode d'allocation des ressources, basé sur une approche populationnelle, en s'assurant d'une réduction à chacune des années**

Indicateur	Cible 2005-2010	Résultat 2005-2010
Écarts de financement interrégionaux	50 %	32 %

L'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux

Le Ministère a poursuivi ses efforts afin d'assurer le rétablissement de l'équilibre budgétaire dans les établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux. Ces efforts ont commencé, dès que les enveloppes initiales de crédits pour l'exercice 2009-2010 ont été connues, par la signification de cibles déficitaires maximales allouées à chacune des régions. Les cibles, qui totalisent 116,4 millions de dollars pour tout le Québec, font partie intégrante des ententes de gestion et d'imputabilité conclues entre les agences et le Ministère pour l'année 2009-2010.

Des rencontres ont eu lieu avec les agences et les établissements pour assurer le respect de la cible déficitaire maximale tout en préservant l'accessibilité aux services requis par la population. La pleine réalisation des mesures de redressement budgétaire, qui visent à permettre le respect de la cible fixée en 2009-2010 et au cours des exercices antérieurs, présentait un potentiel de redressement de 28,5 millions de dollars. Le ministre a approuvé ces mesures.

Les résultats régionaux

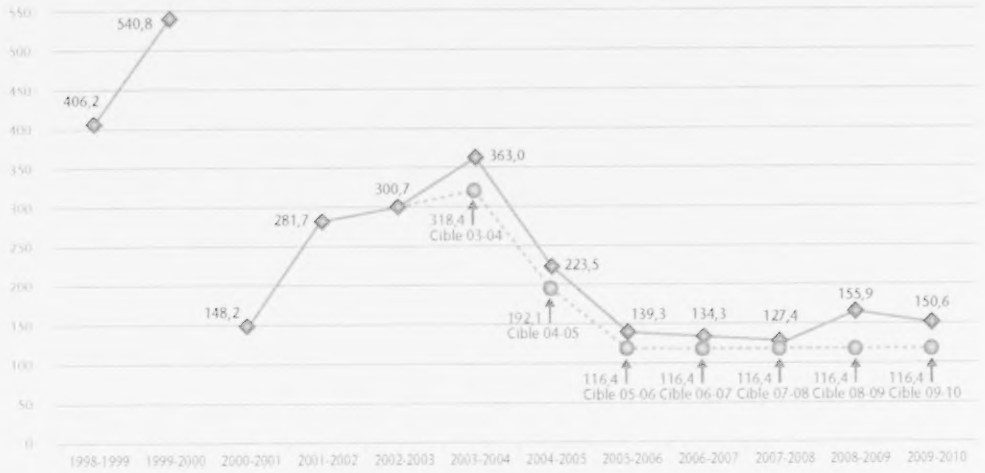
Les résultats préliminaires de l'exercice 2009-2010 montrent que neuf régions termineront l'exercice dans le respect de leur cible budgétaire régionale signifiée par le Ministère. Par ailleurs, quatre autres régions présenteront un dépassement de leur cible équivalant à moins de 0,5 % de leurs revenus. Trois régions afficheront un dépassement de leur cible se situant entre 0,5 % et 1 % de leurs revenus, et deux autres régions inscriront un dépassement de leur cible représentant plus de 1 % de leurs revenus. Le déficit d'exploitation annuel est passé de 155,9 millions de dollars en 2008-2009 à un montant préliminaire de 150,6 millions de dollars pour l'exercice terminé au 31 mars 2010, selon les données disponibles en date du 22 juin 2010, et ce, pour un écart par rapport à la cible déficitaire provinciale de 34,2 millions de dollars (0,18 % du budget 2009-2010). Il faut préciser qu'une somme de 20,2 millions de dollars (59,2 %) de cet écart est attribuable uniquement aux deux établissements de la région du Nunavik.

126 établissements en équilibre – Les résultats préliminaires de l'exercice financier 2009-2010 révèlent que près de 66 % des établissements publics termineront l'année financière en équilibre ou enregistreront un surplus sur une base annuelle d'exploitation.

63 établissements en déficit – Toujours selon les résultats prévisionnels, parmi les 63 établissements qui termineront l'exercice financier 2009-2010 en déficit, 33 présentent un résultat qui respecte le niveau de leur cible et les 30 autres enregistrent un déficit supérieur à leur cible.

Le Ministère, en collaboration avec les agences et les établissements, entend poursuivre ses efforts en vue d'atteindre les objectifs d'équilibre budgétaire fixés pour le réseau de la santé et des services sociaux.

Déficit annuel d'exploitation M$[1]



1. Les résultats présentés dans le texte précédent et ce tableau pour l'exercice 2009-2010 ont été établis à partir des 188 rapports financiers AS-471 reçus en date du 22 juin 2010 sur les 191 rapports attendus. Pour les établissements qui n'avaient pas encore transmis leur rapport à cette date, les données prévisionnelles les plus récentes ont été utilisées.

La réduction des écarts de financement estimés entre les régions

Le nouveau mode d'allocation, implanté en 2004-2005, a pour objet de remplacer la budgétisation historique des établissements du réseau de la santé et des services sociaux. Cette nouvelle démarche est basée sur une approche populationnelle qui prend en compte les besoins de la population et les caractéristiques régionales à l'intérieur du cadre des programmes-services et des programmes-soutien. Tout comme la budgétisation historique, cette dernière calcule une enveloppe globale pour chaque région qui est ensuite répartie entre les établissements par les agences de la santé et des services sociaux.

Compte tenu des écarts de financement observés entre les régions, le remplacement de la budgétisation historique par une budgétisation basée sur une approche populationnelle nécessite l'application d'une modalité transitoire d'allocation permettant la réduction progressive de ces écarts. Cette façon de faire avantage les régions qui présentent un écart déficitaire du point de vue de l'offre de service par rapport à la moyenne québécoise.

De plus, comme le développement accordé à chacune des régions est calculé sur la base d'une dépense attendue, une région en manque relatif de ressources reçoit proportionnellement plus de crédits de développement que si le calcul avait été effectué sur la dépense historique.

Depuis 2004-2005, les régions présentant des écarts déficitaires ont donc bénéficié de l'effet combiné provenant de l'application de la transition et de la façon de répartir les crédits de développement qui caractérisent ce mode d'allocation des ressources.

Alors qu'en 2004-2005, l'écart global de financement entre les régions était de 2,64 %, il s'établit en 2010-2011 à 1,79 %, soit une réduction de 32,1 % par rapport à l'année initiale de l'application du mode d'allocation. Il reste que la résorption de l'écart demeure inférieure à la cible de 50 % qui avait été fixée.

Partie 4

Les résultats au regard du Plan d'action de développement durable 2009-2013

4.1 ORIENTATION GOUVERNEMENTALE 1 : Informer, sensibiliser, éduquer, innover

Objectif gouvernemental 1 — **Mieux faire connaître le concept et les principes de développement durable et favoriser le partage des expériences et des compétences en cette matière et l'assimilation des savoirs et savoir-faire qui en facilitent la mise en œuvre**

4.1.1 Action 1 : Sensibilisation et formation des employés du Ministère à la démarche gouvernementale de développement durable

Objectif organisationnel — **Faire connaître, au sein du Ministère, la Loi sur le développement durable, la nature et la portée de ses seize principes ainsi que la Stratégie gouvernementale de développement durable**

Mettre en œuvre des activités contribuant à la réalisation du Plan gouvernemental de sensibilisation et de formation des personnels de l'administration publique

Indicateurs 2009-2010	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
Taux du personnel du Ministère sensibilisé à la démarche de développement durable (2010-2011)	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas
Taux du personnel du Ministère ayant acquis une connaissance suffisante de la démarche de développement durable pour la prendre en compte dans ses activités régulières (2012-2013)	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas

Les cibles n'étaient pas fixées pour l'année 2009-2010, mais des gestes ont été posés.

Gestes	À venir	En cours	Terminé	Autres
Mise en œuvre d'un plan de sensibilisation et d'un plan de formation incluant :				
• Présentation aux nouveaux employés		X		
• Production et diffusion de capsules d'information		X		
• Présentation d'information sur le développement durable à l'ensemble des employés (présentations ciblées, conférences thématiques, etc.)		X		
• Formation sur les pratiques liées au développement durable donnée aux différentes catégories de personnel	X			

Au cours de la dernière année, diverses activités de sensibilisation se sont poursuivies au sein du Ministère, dont :

- la diffusion mensuelle de capsules d'information à la une de l'intranet ministériel
- l'affichage du geste du mois dans les trois édifices du MSSS.

De plus, une séance de sensibilisation visant l'ensemble du personnel a été préparée en vue de la campagne de sensibilisation prévue en 2010-2011.

4.2 ORIENTATION GOUVERNEMENTALE 2 : Réduire et gérer les risques pour améliorer la santé, la sécurité et l'environnement

Objectif gouvernemental 4 — **Poursuivre le développement et la promotion d'une culture de la prévention et établir des conditions favorables à la santé, à la sécurité et à l'environnement**

4.2.1 Action 2 : Organisation en santé

Objectif organisationnel — **Favoriser des environnements sains pour les personnels et clientèles du Ministère et du réseau de la santé et des services sociaux**

Faire du Ministère une organisation certifiée « Entreprise en santé », promouvoir la norme auprès de différentes organisations intéressées et leur faire profiter de l'expérience acquise

Indicateur	Cible 2009-2010	Résultat 2009-2010
Certification « Entreprise en santé » obtenue	Obtention de la certification	En cours

Dans le cadre de la certification relative à la norme « Entreprise en santé », la première étape de l'analyse des demandes a eu lieu du 25 au 29 janvier 2010. Le Bureau de normalisation du Québec a demandé des corrections et suggéré quelques améliorations au Ministère. Des efforts importants ont été faits afin de répondre à ces demandes en 2009-2010. Le temps qui y a été consacré explique le report de la décision du Bureau.

Gestes	À venir	En cours	Terminé	Autres
Rencontres d'information, consultations, groupes de discussion et entrevues			X	
Adoption et diffusion du plan d'action (2009)			X	
Mise en œuvre du plan d'action (en continu)		X		
Évaluation des actions (en continu)		X		
Promotion de la démarche et des résultats dans le réseau (en continu)	X			
Soutien et échanges avec les quatre établissements du réseau engagés dans des projets pilotes visant la certification « Entreprise en santé »		X		
Partage d'expériences et d'expertises avec les autres ministères et organismes intéressés		X		

Un sondage, effectué en février 2010 auprès de tout le personnel du Ministère, montre que la majorité des répondants se disent satisfaits des actions menées dans le cadre du processus de certification relatif à la norme « Entreprise en santé ».

4.2.2 Action 3 : Politiques alimentaires

Promouvoir et favoriser l'adoption de saines habitudes alimentaires chez le personnel et les clientèles du Ministère et du réseau de la santé et des services sociaux en offrant des environnements alimentaires sains

Indicateurs	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
Cadre de référence adopté	Diffusion du cadre de référence dans l'ensemble des établissements	Adoption et diffusion du cadre de référence réalisées
Politique alimentaire appliquée au Ministère	Adoption et application de la politique alimentaire	Adoption et application de la politique alimentaire reportées

Le cadre de référence sur les saines habitudes alimentaires a été adopté et diffusé en juillet 2009 dans l'ensemble des établissements. Quant à la politique alimentaire du Ministère, sa rédaction est terminée. Toutefois, l'échéancier a été révisé : la date maintenant prévue pour l'adoption d'une politique alimentaire, tant par le Ministère que par les établissements, est le 30 juin 2010 et celle qui est maintenant fixée pour l'application des orientations de ces politiques est le 31 mars 2012.

Gestes	À venir	En cours	Terminé	Autres
Consultation du réseau pendant la rédaction du cadre de référence			X	
Publication et diffusion du cadre de référence			X	
Rédaction de la politique du Ministère			X	Dépôt et adoption à venir
Offre de formations, réseautage et élaboration d'outils de soutien		X		
Démarche de suivi		X		
Promotion des projets réalisés au Ministère et au sein des établissements		X		

Un forum a été créé sur l'intranet réseau pour permettre aux établissements et aux agences de communiquer, de consulter de la documentation, de déposer leurs politiques alimentaires, de poser leurs questions, etc. Des démarches d'évaluation ont été entreprises afin de comparer l'offre alimentaire des établissements ; la première évaluation est prévue avant l'application des politiques alimentaires et la seconde, une fois leur mise en œuvre complétée.

4.2.3 Action 4 : Renforcement de la pratique d'évaluation d'impact des politiques publiques sur la santé

Objectif organisationnel

Poursuivre le développement et la promotion d'une culture de la prévention et établir des conditions favorables à la santé, à la sécurité et à l'environnement à l'aide de l'évaluation d'impact sur la santé (EIS)

Renforcer la qualité et l'efficience de l'évaluation d'impact des politiques publiques sur la santé en optimisant le recours aux différentes expertises disponibles au Ministère

Indicateur	Cible 2009-2010	Résultat 2009-2010
Pourcentage des demandes d'avis qui sont traitées conformément au mode de collaboration interdisciplinaire convenu	25 % des demandes d'avis	ND

Dans le contexte de la pandémie de grippe A(H1N1), l'échéancier défini initialement pour cette action a dû être révisé. L'analyse globale du traitement des demandes d'avis est en cours. L'atteinte de la cible ne pourra être évaluée qu'à partir de l'exercice 2010-2011.

Gestes	À venir	En cours	Terminé	Autres
Analyse globale du traitement des demandes d'avis soumises au Ministère par les ministères et organismes publics dans le cadre de l'évaluation d'impact sur la santé		X		
Définition et adoption d'un mode de collaboration interdisciplinaire, adapté selon le degré de priorité du projet et l'ampleur de l'analyse à mener par le Ministère	X			
Mise en application du nouveau mode de collaboration pour le traitement des demandes d'avis par le Ministère	X			

Objectif gouvernemental 5 — Mieux préparer les communautés à faire face aux événements pouvant nuire à la santé et à la sécurité et en atténuer les conséquences

4.2.4 Action 5 : Promotion d'environnements extérieurs sains et sécuritaires dans le réseau de la santé et des services sociaux

Objectif organisationnel — **Favoriser la création et le maintien d'environnements extérieurs sains et sécuritaires pour les personnels et clientèles concernés**

Sensibiliser et outiller les gestionnaires de terrains du Ministère, du réseau et de l'administration gouvernementale, afin qu'ils intègrent des pratiques écologiques permettant d'offrir aux clientèles et aux personnels des environnements extérieurs sains et sécuritaires

Indicateurs	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
Guide produit (2011-2012)	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas
Pourcentage d'établissements ou d'organisations où les gestionnaires de terrains ont reçu l'information sur le guide de gestion environnementale des terrains (2011-2012)	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas

Gestes	À venir	En cours	Terminé	Autres
Constitution d'un groupe de travail visant la mise en œuvre et le suivi de l'action (2009)	X			
Portrait de la situation intégrant une évaluation des besoins des gestionnaires de terrains du réseau ainsi qu'une revue des techniques écoresponsables	X			
Production et diffusion d'un guide de bonnes pratiques sur la gestion environnementale des terrains (2011)	X			
Proposition d'un modèle de devis contenant les critères de gestion environnementale (2011)	X			
Conception d'un outil Internet permettant la diffusion des bons coups et des outils produits par le Ministère (2011)	X			
Recension et promotion des bons coups en matière de gestion environnementale des terrains dans le réseau (2011-2012)	X			

4.3 ORIENTATION GOUVERNEMENTALE 3 : Produire et consommer de façon responsable

Objectif gouvernemental 6 — **Appliquer des mesures de gestion environnementale et une politique d'acquisitions écoresponsables au sein des ministères et des organismes gouvernementaux**

4.3.1 Action 6 : Adoption d'un cadre de gestion environnementale et de pratiques d'acquisitions écoresponsables

Objectif organisationnel — **Favoriser l'adoption de pratiques écoresponsables au Ministère**

Mettre en œuvre au Ministère des pratiques et des activités contribuant aux dispositions de la Politique pour un gouvernement écoresponsable

Indicateur	Cible 2009-2010	Résultat 2009-2010
Cadre de gestion environnementale adopté (2010-2011)	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas

Aucune cible n'était fixée pour l'exercice 2009-2010, mais des gestes ont été posés.

Gestes	À venir	En cours	Terminé	Autres
Analyse des activités et des impacts environnementaux		X		
Conception, rédaction, adoption et mise en œuvre d'un cadre de gestion environnementale au Ministère	X			
Choix et adoption de pratiques d'acquisitions écoresponsables au Ministère	X			
Suivi	X			

Les responsables de l'élaboration du cadre de gestion environnementale ont participé aux formations offertes par le ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs, en vue de les soutenir à cet effet. Une grille sur la collecte de données est en préparation ; elle servira à l'analyse des activités et des impacts environnementaux.

4.3.2 Action 7 : Gestion des matières résiduelles

Objectif organisationnel **Favoriser l'adoption de pratiques écoresponsables au sein du réseau de la santé et des services sociaux**

Favoriser et soutenir l'adoption de pratiques permettant une saine gestion des matières résiduelles dans le réseau de la santé et des services sociaux

Indicateur	Cible 2009-2010	Résultat 2009-2010
Énoncé d'une orientation ministérielle en matière de gestion des matières résiduelles (2010-2011)	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas

Aucune cible n'était fixée pour l'exercice 2009-2010, mais des gestes ont été posés.

Gestes	À venir	En cours	Terminé	Autres
Rédaction et diffusion d'une orientation en matière de gestion des matières résiduelles	X			
Soutien aux projets pilotes en CSSS			X	
Diffusion des résultats dans l'ensemble du réseau et promotion d'autres initiatives	X			
Invitation aux établissements du réseau à implanter un plan de gestion des matières résiduelles	X			

Le Ministère a contribué au développement d'un projet pilote, au CSSS Lac-Saint-Jean-Est, qui a mené à l'élaboration de guides traitant des thèmes suivants : la gestion des matières résiduelles, l'éco-efficacité, la gestion en intégrant les principes du développement durable ainsi que le démarrage et la mobilisation dans une démarche de développement durable.

4.3.3 Action 8 : Retraitement des dispositifs médicaux

Soutenir le retraitement des dispositifs médicaux au sein du réseau de la santé et des services sociaux

Indicateur	Cible 2009-2010	Résultat 2009-2010
Actions en matière de retraitement des dispositifs médicaux mises en œuvre*	Mise en œuvre des actions liées au retraitement des dispositifs médicaux*	Mise en œuvre en cours

Les actions en matière de retraitement des dispositifs médicaux proviennent du Plan d'action sur la prévention et le contrôle des infections nosocomiales 2006-2009 ; 4 des 25 actions de ce plan portent précisément sur le retraitement des dispositifs médicaux :

- Action 10 : Uniformiser les pratiques de retraitement des dispositifs médicaux afin de prévenir les infections nosocomiales
- Action 11 : Encadrer l'utilisation du matériel médical à usage unique
- Action 14 : Préciser les rôles et les responsabilités des instances locales, régionales et nationales relativement à la gestion d'un risque infectieux relié au retraitement (y compris la stérilisation) de dispositifs médicaux et apporter le soutien nécessaire à l'évaluation et à la gestion de ce risque
- Action 19 : Développer l'expertise des intervenants des établissements du réseau de la santé par une formation de base et une mise à jour continue en matière de surveillance, de prévention et de contrôle des infections nosocomiales

La mise en œuvre de ces actions s'est poursuivie en 2009-2010.

Gestes	À venir	En cours	Terminé	Autres
Conception d'une formation reconnue pour le personnel de ce secteur		X		
Mise en place d'un mécanisme décisionnel pour la gestion des risques		X		
Énoncé d'une position sur le retraitement des dispositifs médicaux jetables			X	
Audits et visites de centres pour valider la conformité aux normes dans les établissements		X		

La position du Ministère sur le matériel médical à usage unique a été revue et diffusée dans le réseau. Les rôles et les fonctions du Centre provincial de référence en stérilisation et de l'Institut national de santé publique du Québec au regard du retraitement des dispositifs médicaux ont été précisés. De plus, un guide d'aménagement de l'Unité de retraitement des dispositifs médicaux a été préparé par un comité d'experts et est maintenant devant un comité de lecture. Depuis le mois d'avril 2009, Agrément Canada a défini des normes sur le retraitement et la stérilisation des appareils médicaux réutilisables et a inclus les unités de retraitement des dispositifs médicaux dans ses visites.

* Des modifications ont été apportées au libellé original afin de mieux tenir compte de la réalité.

4.3.4 Action 9 : Intégration de critères d'écoresponsabilité dans les appels d'offres

Favoriser le recours à des critères d'écoresponsabilité pour l'octroi de contrats d'achat de biens et des services dans le réseau de la santé et des services sociaux

Indicateur	Cible 2009-2010	Résultat 2009-2010
Critères d'écoresponsabilité à considérer dans les processus d'appel d'offres définis et diffusés (2010-2011)	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas

Gestes	À venir	En cours	Terminé	Autres
Formation sur la nouvelle Loi sur les contrats des organismes publics, notamment sur la possibilité d'utiliser des critères environnementaux et de développement durable	X			
Promotion de l'utilisation de critères à caractère environnemental et de développement durable	X			
Appui au réseau dans ses démarches visant à élaborer des critères environnementaux et de développement durable et à les utiliser dans ses appels d'offres	X			

4.3.5 Action 10 : Critères d'écoresponsabilité pour les projets de construction

Concevoir et promouvoir auprès du réseau de la santé et des services sociaux et de ses partenaires des critères d'écoresponsabilité pour les projets de construction

Indicateurs	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
Critères d'écoresponsabilité pour les projets de construction définis (2010-2011)	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas
Cadre normatif modifié (2011-2013)	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas

Aucune cible n'était fixée pour l'exercice 2009-2010, mais des gestes ont été posés.

Gestes	À venir	En cours	Terminé	Autres
Mise en place d'un comité mixte avec la Corporation d'hébergement du Québec (CHQ)			X	
Élaboration de critères en concertation avec les partenaires		X		
Ajout de cette préoccupation dans le cadre de référence normatif concernant l'élaboration d'un programme fonctionnel et technique afin que les établissements du réseau puissent, dès cette étape, prévoir l'inclusion de critères d'écoresponsabilité dans leurs projets de construction	X			

Le comité mixte MSSS-CHQ a pour mandat de définir des critères d'écoresponsabilité pour les projets de construction et de rénovation dans le réseau de la santé et des services sociaux. Il est composé de représentants des organisations suivantes : le ministère de la Santé et des Services sociaux, la Corporation d'hébergement du Québec, les agences de la santé et des services sociaux, les établissements, la Société immobilière du Québec, le ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs, l'Association des gestionnaires de parcs immobiliers institutionnels et le Conseil du bâtiment durable du Canada. Ce comité a tenu cinq rencontres en 2009-2010 afin de recenser, d'analyser et de sélectionner les exigences liées à chacun des critères. Un sous-comité de travail a étudié 63 critères en prenant en compte les 16 principes de la Loi du développement durable.

Objectif gouvernemental 7 — **Promouvoir la réduction de la quantité d'énergie et de ressources naturelles et matérielles utilisées pour la production et la mise en marché de biens et de services**

4.3.6 Action 11 : Valorisation des aides techniques suppléant à une déficience motrice

Objectif organisationnel — **Optimiser les ressources matérielles utilisées dans le cadre du programme Déficience physique**

Accroître la valorisation des aides techniques attribuées dans le cadre du programme d'appareils suppléant à une déficience motrice

Indicateur	Cible 2009-2010	Résultat 2009-2010
Taux de valorisation par type d'aide : Nombre d'appareils valorisés attribués × 100/ Total des aides attribuées	Maintien du taux de valorisation moyen provincial actuel pour les aides à la locomotion (31 %)	Taux de valorisation moyen provincial 2008-2009 pour les aides à la locomotion de 38,7 %[1]

Considérant les résultats déjà appréciables des processus mis en place pour la valorisation des aides techniques à la locomotion, la cible fixée correspondait au maintien du taux de valorisation moyen provincial établi en 2006-2007, soit 31 %. Cette cible a été dépassée puisque le taux est passé de 34,4 % en 2007-2008 à 38,7 % en 2008-2009.

Cette amélioration du taux de valorisation se traduit par un plus grand nombre d'aides techniques à la locomotion remises en état (valorisées) et réattribuées aux personnes ayant une déficience motrice. Les appareils étant fournis gratuitement, le processus de valorisation permet une saine gestion des fonds publics en maximisant l'utilisation de la somme affectée au Programme d'appareils suppléant à une déficience physique. Il permet également de réduire la consommation d'énergie nécessaire pour la production d'aides techniques neuves.

Les citoyens contribuent à ces résultats en apportant au centre de réadaptation en déficience physique de leur région les aides techniques qui ne sont plus utilisées.

Gestes	À venir	En cours	Terminé	Autres
Élaboration des orientations et d'un plan d'action en matière de valorisation des aides à la posture et des orthèses-prothèses dans une visée de développement durable (2009-2010)	X			
Identification des processus et modalités de désinfection, de recyclage, etc., qui sont particuliers à la valorisation des aides à la posture et des orthèses-prothèses (2009-2010)		X		
Mise à jour du Règlement sur les appareils suppléant à une déficience motrice intégrant le principe de valorisation	X			
Choix des modalités de valorisation des orthèses et prothèses dans le secteur privé (2011-2012 et 2012-2013)	X			

Un comité mixte MSSS-RAMQ a travaillé à l'élaboration d'un protocole définissant les règles d'hygiène et de salubrité à suivre au cours du processus de valorisation des fauteuils roulants. Les informations recueillies au moment de ces travaux pourront servir de base à l'élaboration de protocoles de même nature visant à encadrer les processus de valorisation des autres types d'aides techniques.

1. Les données pour l'année 2009-2010 ne seront disponibles qu'à l'automne 2010.

Objectif gouvernemental 8	Augmenter la part des énergies renouvelables ayant des incidences moindres sur l'environnement (biocarburants, biomasse, énergie solaire, éolien, géothermie, hydroélectricité, etc.) dans le bilan énergétique du Québec

4.3.7 Action 12: Promotion et soutien de projets ayant recours à des énergies renouvelables

Objectif organisationnel

Promouvoir l'inclusion d'énergies renouvelables dans le portefeuille énergétique des établissements du réseau de la santé et des services sociaux

Promouvoir et soutenir les projets ayant recours à des énergies renouvelables dans les établissements afin de poursuivre et de bonifier le programme de réduction de l'énergie consommée

Indicateur	Cible 2009-2010	Résultat 2009-2010
Réduction globale de la quantité d'énergie consommée (en gigajoules) par rapport au niveau de 2003	Réduction de 14 %	Réduction de 16 %

La comparaison des économies d'énergie cumulatives générées au 31 mars 2010 (30 millions de dollars) avec le montant payé pour la consommation énergétique du réseau en 2002-2003 (181 millions de dollars) montre que, sur la base des coûts, la réduction est de 16 % et qu'elle dépasse la cible fixée. Il faut préciser que cette méthode de calcul ne tient pas compte de facteurs tels que la variation de la superficie et l'ajout d'équipements médicaux.

En 2009-2010, on a vu 26 projets d'économie d'énergie se concrétiser, pour un montant total de 53 millions de dollars en autorisations d'emprunt et des économies annuelles récurrentes à hauteur de 9 millions de dollars. De ces projets, 10 ont reçu l'appui financier du Ministère pour des mesures novatrices qui concernent les énergies renouvelables. Ces derniers ont reçu 13 millions de dollars en subventions en 2009-2010 et permettent d'économiser 2 millions de dollars annuellement. Ces projets portaient sur la mise en place de systèmes géothermiques, l'utilisation de l'énergie solaire ou celle de la biomasse forestière comme combustible de chauffage.

Gestes	À venir	En cours	Terminé	Autres
Promotion et soutien au réseau dans sa démarche visant à diminuer la quantité d'énergie consommée		X		
Promotion du programme de subvention pour les projets visant les énergies renouvelables :				
• Prise en considération des besoins des établissements		X		
• Analyse des projets soumis		X		

Le programme du Ministère visant l'efficacité énergétique est en place depuis 2003. À ce jour, pour le programme d'autorisation d'emprunt, il reste 54 millions de dollars sur l'enveloppe initiale de 190 millions de dollars. Pour ce qui du programme visant les énergies renouvelables, son enveloppe annuelle de 10 millions de dollars est utilisée depuis 2007 et il affiche, au 31 mars 2010, un solde de 13 millions de dollars (sur une enveloppe de 40 millions de dollars).

Objectif gouvernemental 10	Fournir les repères nécessaires à l'exercice de choix de consommation responsables et favoriser au besoin la certification des produits et des services

4.3.8 Action 13 : Normalisation d'un système de chauffage auxiliaire pour les ambulances

Objectif organisationnel **Recourir à la normalisation afin d'intégrer de nouvelles technologies ou pratiques écoresponsables dans les activités nécessaires à l'accomplissement de la mission du Ministère**

À la suite de l'évaluation de l'efficacité d'une nouvelle technologie de chauffage auxiliaire, modifier la norme consensuelle du Bureau de normalisation du Québec relative aux spécifications des ambulances, afin d'y inclure ce nouveau dispositif et de limiter ainsi la marche au ralenti en périodes froides

Indicateur	Cible 2009-2010	Résultat 2009-2010
Norme modifiée (2009-2012)	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas

Aucune cible n'était fixée pour l'exercice 2009-2010, mais des gestes ont été posés.

Gestes	À venir	En cours	Terminé	Autres
Suivi du projet pilote d'Urgences-santé, évaluation des résultats et diffusion de l'information			X	
Promotion de l'idée auprès du Bureau de normalisation du Québec, afin que cet équipement soit inclus dans la norme de montage des véhicules ambulanciers		X		

Le projet pilote mené par la Corporation d'urgences-santé s'est avéré positif et l'ensemble de sa flotte d'ambulances a été équipé d'un appareil de chauffage auxiliaire qui permet de limiter l'utilisation de la marche au ralenti pendant les périodes froides. Le 29 juin 2009, une demande formelle a été faite au Bureau de normalisation du Québec pour que cet appareil de chauffage auxiliaire soit inclus dans le processus de montage applicable à l'ensemble des ambulances utilisées au Québec.

4.4 ORIENTATION GOUVERNEMENTALE 6 : Aménager et développer le territoire de façon durable et intégrée

Objectif gouvernemental 18	Intégrer les impératifs du développement durable dans les stratégies et les plans d'aménagement et de développement régionaux et locaux

4.4.1 Action 14 : Soutien au réseau et mise en commun des initiatives

Objectif organisationnel **Accompagner et soutenir le réseau de la santé et des services sociaux dans ses démarches de développement durable**

Promouvoir la démarche gouvernementale de développement durable auprès du réseau de la santé et des services sociaux par la sensibilisation, la diffusion et la mise en commun du savoir et de l'expertise dans le domaine

Indicateurs	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
Nombre d'activités de sensibilisation et d'information réalisées par le Ministère (2009-2013)	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas
Nombre d'activités de mise en commun des expertises réalisées par le Ministère (2009-2013)	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas
Pourcentage des établissements ayant entrepris une démarche de développement durable (2009-2013)	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas

Aucune cible n'était fixée pour l'exercice 2009-2010, mais des gestes ont été posés.

Gestes	À venir	En cours	Terminé	Autres
Réalisation d'activités de sensibilisation et d'information	X			
Réalisation d'activités de mise en commun des expertises	X			
Démarche de développement durable entreprise, sur une base volontaire, par 20 % des établissements d'ici 2013	X			

Un projet de stratégie visant le soutien et la mise en commun des initiatives du réseau de la santé et des services sociaux a été rédigé. Par ailleurs, le comité national de développement durable au sein du réseau de la santé et des services sociaux est maintenant formé et il s'est réuni une fois en 2009-2010 pour convenir des démarches subséquentes.

Enfin, le Ministère a participé à des rencontres de concertation avec le Bureau de coordination du développement durable et d'autres ministères (ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, ministère des Affaires municipales, des Régions et de l'Occupation du territoire ainsi que ministère du Développement économique, de l'Innovation et de l'Exportation). Ces rencontres avaient comme objectif de définir l'accompagnement que chacun offrira à son réseau.

Objectif gouvernemental 19 Renforcer la viabilité et la résilience des collectivités urbaines, rurales ou territoriales et des communautés autochtones

4.4.2 Action 15 : Surveillance des caractéristiques des communautés

Objectif organisationnel **Soutenir le développement de communautés en santé**

Déployer un dispositif national d'indicateurs de surveillance des caractéristiques des communautés, afin de soutenir les organisations qui interviennent dans le développement des communautés

Indicateurs	Cibles 2009-2010	Résultats 2009-2010
Nombre de régions où le dispositif a été expérimenté (2009-2010)	Expérimentation dans quatre régions	Expérimentation dans sept régions
Nombre de régions et de territoires où le dispositif a été implanté et l'implantation évaluée (2012-2013)	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas
Nombre de communautés des nations autochtones ayant implanté le dispositif de surveillance (2012-2013)	Ne s'applique pas	Ne s'applique pas

L'expérimentation, initialement prévue dans quatre régions, est actuellement en cours dans sept régions : Mauricie et Centre-du-Québec, Estrie, Chaudière-Appalaches, Abitibi-Témiscamingue, Côte-Nord, Outaouais et Montérégie.

Gestes	À venir	En cours	Terminé	Autres
Préparation nationale à l'expérimentation dans quatre régions en 2008-2009			X	
Implantation du dispositif d'indicateurs dans les autres régions et territoires jusqu'en 2013 (ou plus tard) :				
• Ententes sur le plan national pour l'accès aux données détenues par les partenaires, notamment l'Association des centres jeunesse du Québec, le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport et le ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale		X		
• Intégration des indicateurs en développement des communautés au Plan commun de surveillance des régions		X		
• Ententes avec la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador	X			
• Ajustement du dispositif aux réalités des communautés autochtones	X			
Pour la durée de l'action :				
• Soutien à la constitution des équipes pour l'implantation et l'évaluation dans les régions et territoires, et formation des membres		X		
• Soutien à la planification des activités		X		
• Soutien à l'identification des ressources nécessaires	X			
• Soutien à l'évaluation de l'implantation régionale et des retombées observées à l'échelle régionale	X			
• Soutien adapté aux communautés autochtones dans l'implantation du dispositif de surveillance	X			
• Évaluation de l'ensemble du processus d'implantation	X			
• Suivi des retombées observées par les régions	X			

Objectif gouvernemental 20 Assurer l'accès aux services de base en fonction des réalités régionales et locales, dans un souci d'équité et d'efficience

4.4.3 Action 16 : Déploiement de la télésanté

Objectif organisationnel **Permettre l'accès à des ressources spécialisées en régions éloignées**

Accroître l'offre des services de télésanté sur le territoire du Québec

Indicateur	Cible 2009-2010	Résultat 2009-2010
Nombre d'équipements déployés	120 stations de visioconférence	10 stations de visioconférence

Le déploiement des projets de télésanté a débuté plus tard que la date prévue initialement, ce qui explique l'écart entre la cible fixée et le résultat obtenu en 2009-2010. Les équipes sont maintenant en place et un échéancier précis a été approuvé. Malgré ce retard, la cible globale pour 2013 demeure la même et les cibles annuelles seront redéfinies en fonction du nouvel échéancier.

Geste	À venir	En cours	Terminé	Autres
Implantation de stations de visioconférence		X		

Partie 5

Les résultats au regard de la Déclaration de services aux citoyens

La Déclaration de services aux citoyens traduit l'engagement du Ministère à offrir des services de qualité à la population québécoise. À cet effet, les services doivent être accessibles et donnés par un personnel courtois, tandis que les demandes doivent recevoir un traitement professionnel.

La déclaration touche les trois types de services offerts directement à la population par le Ministère :

- les renseignements généraux sur les services de santé et les services sociaux ;
- les renseignements, l'aide et les conseils destinés aux personnes et aux familles qui ont le projet d'adopter un enfant domicilié à l'extérieur du Québec ainsi que la recherche d'antécédents sociobiologiques dans les cas d'adoption hors Québec ;
- les renseignements concernant la Loi sur le tabac et les inspections liées à son application.

5.1 Les renseignements généraux sur les services de santé et les services sociaux

Au cours de l'année budgétaire 2009-2010, les renseignements généraux du Ministère ont eu à donner suite à 5 479 téléphones et courriels redirigés par Services Québec. Il s'agit d'une augmentation de 1 952 communications, soit 55 %, par comparaison à l'exercice 2008-2009 et de 963 communications, soit 21 %, par rapport à l'exercice 2007-2008. Les données montrent que la téléphonie l'emporte sur le courriel puisqu'elle est utilisée pour près des deux tiers de l'ensemble des demandes de renseignements.

Répartition des demandes de renseignements traitées par le Ministère selon le mode de communication utilisé, de 2007-2008 à 2009-2010

Mode de communication	Nombre de demandes					
	2007-2008		2008-2009		2009-2010	
Appel téléphonique	3 026	67 %	2 225	63 %	3 436	63 %
Courriel	1 490	33 %	1 302	37 %	2 043	37 %
Total	**4 516**	**100 %**	**3 527**	**100 %**	**5 479**	**100 %**

L'importante augmentation observée cette année s'explique en grande partie par la campagne de vaccination contre la grippe A(H1N1), dont l'annonce publique fut faite par les autorités le 20 octobre 2009. C'est à partir de cette date que nous avons distingué les communications portant sur la grippe des autres demandes ; auparavant, la distinction n'avait pas de portée significative. Ainsi, on a pu établir que les communications reçues à propos de la grippe représentent 20 % de l'ensemble des demandes. Près de la moitié de ces communications ont demandé un suivi particulier auprès des citoyens.

Sujet de la demande	Appel téléphonique		Courriel		Grands totaux	
Général	2 871	84 %	1 522	75 %	4 393	80 %
Grippe A(H1N1)	565	16 %	521	25 %	1 086	20 %
Total	3 436	63 %	2 043	37 %	5 479	100 %

Appels téléphoniques

Engagements	• Disponibilité d'un numéro sans frais partout au Québec • Prise d'appels du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30 • Réponse la plus rapide possible

– Pour toute demande de renseignements, les citoyens peuvent composer le numéro sans frais de Services Québec, soit le 1 877 644-4545.

– Pour les demandes de renseignements que lui achemine Services Québec, le Ministère assure une réponse téléphonique du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30.

– Le Ministère a répondu à 14 appels téléphoniques et à 8 courriels par jour en moyenne.

– Le temps de réponse est toujours le plus court possible, conformément aux engagements ministériels.

Demandes écrites (poste, courrier électronique ou télécopieur)

Engagement	• Réponse ou accusé de réception précisant le délai de réponse dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de la demande

– Comme pour les appels téléphoniques, le Ministère répond aux courriels que lui achemine Services Québec. Dans la grande majorité des cas, les citoyens reçoivent une réponse le jour même, à défaut de quoi un accusé de réception leur est envoyé, conformément à l'engagement ministériel.

5.2 Les renseignements, l'aide et les conseils destinés aux personnes et aux familles qui ont le projet d'adopter un enfant domicilié à l'extérieur du Québec

Les renseignements fournis aux citoyens s'adressant au Secrétariat à l'adoption internationale portent sur différents sujets : le mandat du Secrétariat, le cadre législatif en matière d'adoption internationale, le rôle des organismes agréés, les démarches relatives à l'adoption, les services offerts avant ou après l'adoption ainsi que l'obtention de la résidence permanente ou de la citoyenneté canadienne. Le personnel peut également fournir des informations sur les programmes sociaux à l'intention des adoptants et de leurs enfants.

En matière de recherche d'antécédents sociobiologiques et de retrouvailles, le personnel précise le cadre législatif qui régit l'obtention d'un sommaire des antécédents et les démarches liées aux retrouvailles. En 2009-2010, le Secrétariat à l'adoption internationale a ouvert cinq nouveaux dossiers de recherche des origines et a transmis neuf sommaires d'antécédents à des citoyens adoptés. Il a, de plus, répondu à 53 demandes d'informations diverses à ce sujet par courriel ou par téléphone.

Le site Web du Secrétariat à l'adoption internationale permet aux citoyens de demander des informations en ligne ou encore de se renseigner sur la façon de communiquer leurs insatisfactions par rapport aux services rendus, tant par le personnel du Secrétariat que par celui des organismes agréés. En date du 31 mars 2010, 1 216 personnes étaient abonnées aux CyberNouvelles. Ainsi, le Secrétariat fait mieux connaître sa philosophie, ses valeurs, son fonctionnement, le cadre juridique régissant ses activités et son réseau de partenaires.

Au cours de la dernière année, le Secrétariat à l'adoption internationale a mis à jour l'information contenue dans son guide de l'adoption, présenté en version imprimée ou électronique. En outre, il a poursuivi la diffusion du signet invitant à la découverte et à l'utilisation de son site. Quoique la langue première demeure le français, l'ensemble de la documentation et du contenu du site du Secrétariat est traduit en anglais. Enfin, toutes les demandes d'information reçues par courriel sont acheminées au service responsable (direction générale, service-conseil, service des archives, service de recherche d'antécédents), aux fins de traitement.

Appels téléphoniques

Engagements	• Disponibilité d'un numéro sans frais partout au Québec • Prise d'appels du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30 • Réponse la plus rapide possible

- Le Secrétariat à l'adoption internationale dispose d'un numéro sans frais (1 800 561-0246).
- Le Secrétariat assure une réponse téléphonique du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30.
- Le Secrétariat répond quotidiennement aux appels téléphoniques provenant d'organismes agréés ou d'intervenants du réseau (centres de santé et de services sociaux, centres jeunesse), mais surtout de citoyens souhaitant obtenir des informations.
- En 2009-2010, le Secrétariat utilise une arborescence téléphonique, laquelle permet de diriger plus rapidement le citoyen vers le service qu'il recherche. Ainsi, chaque appel est pris en charge soit par une agente de secrétariat, soit par la personne responsable du service choisi par l'interlocuteur dans l'arborescence, le tout afin d'assurer à ce dernier le traitement adéquat et rapide de sa demande.

Demandes écrites (poste, courrier électronique ou télécopieur)

Engagement	• Réponse ou accusé de réception précisant le délai de réponse dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de la demande

- Au 31 mars 2010, le Secrétariat à l'adoption internationale comptait 2 408 dossiers ouverts de demandes d'adoption, rendus à l'une ou l'autre des étapes de la démarche relative à l'adoption.
- Le Secrétariat ne possède pas de système pour comptabiliser le temps mis à produire les lettres nécessaires au cheminement de ces dossiers. Toutefois, selon les observations et les analyses ponctuelles, il est permis de croire que le Secrétariat répond, dans la très grande majorité des cas, en moins de 10 jours ouvrables.
- Puisque plus de 84 % des adoptions s'effectuent par l'intermédiaire d'organismes agréés, le Secrétariat mise sur l'encadrement et l'uniformisation des pratiques administratives.
- Le suivi relatif à l'implantation de nouvelles règles de gestion des dossiers d'adoption (ouverture de dossiers, demandes d'autorisation diverses, transmission de documents, révision de dossiers, etc.) permet au Secrétariat de maintenir la qualité de ses interventions et d'assurer une réponse en deçà des délais prescrits.

Demandes en personne

Engagements	• Disponibilité pour recevoir les citoyens du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30 • Annonce immédiate de l'arrivée des personnes • Direction des personnes qui se présentent sans rendez-vous afin qu'elles obtiennent de l'aide

- Chaque visiteur arrivant au Secrétariat à l'adoption internationale est accueilli par un personnel courtois qui lui assure un service approprié, et ce, du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30, sans interruption. Dès qu'un visiteur arrive, une agente de bureau voit immédiatement à l'annoncer au service approprié.
- Les visiteurs qui n'ont pas pris rendez-vous sont traités de la même façon que ceux qui en ont un. L'employé le mieux placé pour répondre à la demande d'un visiteur qui n'était pas attendu est informé de la présence de ce dernier. Si l'employé ne peut le recevoir, des arrangements sont pris avec lui.

5.3 Les renseignements concernant la Loi sur le tabac et les inspections liées à son application

Les renseignements concernant la Loi sur le tabac

Le Service de lutte contre le tabagisme est chargé de la mise en œuvre de la Loi sur le tabac. Dans ce cadre, il assure, à l'intention de la population, des exploitants des lieux visés par la Loi, des détaillants de tabac et des employés travaillant dans l'un des lieux visés, un service de renseignements sur la Loi, service par lequel il reçoit aussi les plaintes se rapportant à l'application de celle-ci. Le mode de communication le plus utilisé par ceux qui demandent des renseignements ou qui déposent une plainte est le téléphone.

Répartition des demandes de renseignements et des plaintes, selon le mode de communication utilisé, et délai moyen de réponse, 2009-2010

Mode de communication	Nombre de demandes de renseignements et de plaintes	Délai moyen de réponse
Appel téléphonique	3 288	Aucun délai pour 79 % des appels, 32 secondes pour 21 % des appels
Courrier électronique	219	1,8 jour
Courrier postal	6	0,0 jour
Total	**3 513**	

Appels téléphoniques

Engagements
- **Disponibilité d'un numéro sans frais partout au Québec**
- **Prise d'appels du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30**
- **Réponse la plus rapide possible**

– Le numéro sans frais du Service de lutte contre le tabagisme est le 1 877 416-8222 (ou, pour la région de Québec, le 418 646-9334). Le service téléphonique est assuré du lundi au vendredi, de 8 h 30 à 16 h 30. En 2009-2010, le Service de lutte contre le tabagisme a répondu à 3 288 appels téléphoniques relatifs à des demandes de renseignements sur la Loi, à des plaintes liées à l'application de celle-ci ou à des commandes de matériel. Le nombre d'appels a diminué de 40 % par rapport à l'année précédente.

– Des appels entrant au service téléphonique, 12 % ont été abandonnés avant leur prise en charge, soit la même proportion qu'en 2008-2009. Pour ce qui est des appels auquel le Service a répondu, 79 % d'entre eux ont été pris en charge sans délai, comparativement à 75 % en 2008-2009, et les appels en attente ont été traités dans un temps moyen de 32 secondes, comparativement à 38 secondes en 2008-2009.

Demandes écrites (poste, courrier électronique ou télécopieur)

Engagement
- **Réponse ou accusé de réception précisant le délai de réponse dans les 10 jours ouvrables suivant la réception de la demande**

- Le Service de lutte contre le tabagisme répond aux demandes de renseignements relatives à la Loi sur le tabac qui lui sont faites par courrier électronique (loi-tabac@msss.gouv.qc.ca). En 2009-2010, 219 demandes ont été acheminées par ce moyen de communication, ce qui représente une diminution de 20 % par rapport à l'année précédente. La réponse à ces demandes a été donnée par téléphone dans 25 % des cas et par courriel dans 73 % des cas, et ce, dans un temps moyen de 1,8 jour. Les autres messages (2 %) ne demandaient pas de réponse puisqu'ils étaient envoyés en tant que copie conforme.

- Par ailleurs, les six correspondances reçues par la poste constituaient des plaintes concernant l'application de la Loi sur le tabac et seulement deux d'entre elles contenaient les coordonnées des plaignants. Un accusé de réception a été envoyé à ces plaignants le jour même de la réception de leur lettre au Service.

- La diminution du nombre d'appels et des demandes par courriel s'explique en partie par le fait qu'aucune mesure n'a été implantée en 2009-2010 ; il y a donc eu moins de questions et de demandes à ce sujet. De plus, il semble que les mesures existantes soient comprises, appliquées et respectées.

Les inspections liées à l'application de la Loi sur le tabac

Le Service de lutte contre le tabagisme réalise des activités d'inspection pour s'assurer du respect de l'application de la Loi sur le tabac. Les plaintes déposées constituent une source importante d'information pour le personnel chargé des inspections. Au cours des 5 140 inspections effectuées durant l'exercice 2009-2010, les inspecteurs ministériels du Service de lutte contre le tabagisme ont délivré 766 constats d'infraction à des exploitants ou à des individus. Pour ce qui est des inspecteurs locaux, nommés par le ministre mais ne relevant pas du Ministère, ils ont délivré 598 constats d'infraction à des individus. Le total des constats, 1 364, constitue une diminution de 23 % par rapport à l'année précédente. La baisse de 18 % du nombre de constats délivrés par les inspecteurs du Service est principalement attribuable au fait que ces derniers ont été sollicités pour une activité spéciale d'envergure durant l'année 2009-2010, soit l'évaluation de la Loi sur le tabac dans le cadre de la production d'un rapport sur sa mise en œuvre. Ce rapport doit être déposé à l'Assemblée nationale en octobre 2010, en vertu de cette loi. Le nombre de constats émis par les inspecteurs locaux a, quant à lui, subi une baisse de 28 %, bien que le nombre d'inspecteurs soit passé de 124 en avril 2009 à 130 en date du 31 mars 2010. Selon les informations disponibles, la présence des inspecteurs locaux a un effet dissuasif et l'interdiction de fumer est de plus en plus respectée.

5.4 Les plaintes

Engagements	• **Traitement de la plainte dans un délai de 20 jours ouvrables ou moins à compter de sa réception** • **Si la transmission d'une réponse complète et finale est impossible à l'intérieur de ce délai, communication à la personne de la date à laquelle la réponse lui sera transmise**

– Au cours de l'année 2009-2010, 22 plaintes ont été reçues au Ministère. De ces 22 plaintes, 5 seulement concernaient une unité administrative visée dans la Déclaration de services aux citoyens. Le suivi a été assuré par l'unité administrative visée, et ce, dans le délai prescrit de 20 jours à compter de la date de réception de ces 5 plaintes.

– Les 17 autres plaintes concernaient les services rendus par des établissements du réseau de la santé et des services sociaux ou l'organisation régionale des services. Dans ces cas, une lettre ou un courriel a été envoyé aux plaignants pour leur indiquer les coordonnées d'un commissaire local ou régional aux plaintes et à la qualité des services. En cas d'insatisfaction relativement à la réponse reçue en premier recours, les coordonnées du Protecteur du citoyen en matière de santé et de services sociaux étaient données aux plaignants.

Partie 6

L'utilisation des ressources

6.1 Les ressources humaines

L'évolution de l'effectif et les mouvements du personnel

Au 31 mars 2010, le Ministère comptait 754 postes réguliers autorisés et 40 équivalents temps complet (ETC) occasionnels autorisés, pour un total de 794 ETC. La répartition de ces postes au sein du Ministère est présentée, dans le tableau suivant, en fonction des différentes catégories d'emplois.

Postes autorisés, selon la catégorie et le statut d'emploi, au 31 mars 2010[1]

Catégorie d'emplois	Postes réguliers		Postes occasionnels		Total	
	2009	2010	2009	2010	2009	2010
Haute direction et cadres	82	75	–	–	82	75
Professionnels	479	447	21	21	500	468
Fonctionnaires	237	232	19	19	256	251
Total	798	754	40	40	838	794

1. Les données comprennent les effectifs du Conseil du médicament, du Commissaire à la santé et au bien-être ainsi que de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.

Les départs à la retraite et la planification de la main-d'œuvre

L'année financière 2009-2010 a été marquée par plusieurs départs à la retraite. En effet, ce sont 44 personnes qui ont quitté leur emploi pour cette raison. Toutefois, le Ministère prévoit que le nombre de ces départs augmentera de manière significative au cours de la prochaine année, dans la mesure où plusieurs facteurs portent à croire que l'échéance des conventions collectives de la fonction publique et les négociations qui s'ensuivent inciteront les travailleurs admissibles à la retraite à signer leur entente de départ.

Étant donné que le taux modulé octroyé au Ministère pour la réduction des effectifs associés au départ à la retraite est de 40 %, ce sont donc 17 postes qui devront être abolis en 2010-2011, soit 2,25 % de l'effectif régulier total.

En vue de diminuer l'effet des départs massifs à la retraite, la Direction des ressources humaines a poursuivi son exercice de planification de la main-d'œuvre. La gestion prévisionnelle de la main-d'œuvre permet d'assurer la pérennité des savoirs et d'atténuer les difficultés qui se posent au regard du transfert d'expertise.

Par ailleurs, une mesure de contrôle des effectifs a été introduite par le Secrétariat du Conseil du trésor sous la forme d'un gel de l'embauche entre le 26 octobre 2009 et le 31 mars 2010, mesure qui a affecté le cours des activités normales de gestion des ressources humaines.

Il va sans dire que le secteur des ressources humaines a subi plusieurs contrecoups au cours des dernières années. Nonobstant le fait qu'il a dû relever des défis majeurs, le Ministère a fait des efforts considérables pour réduire la taille de ses effectifs. Ainsi, depuis l'exercice 2004-2005, la réduction a été de 100 ETC, leur nombre étant passé de 894 cette année-là à 794 en 2009-2010.

6.2 Les ressources budgétaires et financières

La dépense probable pour l'année 2009-2010 du Ministère, de l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) et de la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) s'élève à 26 979 500 000 $.

Cette dépense se répartit entre les quatre programmes détaillés ci-dessous.

Les fonctions nationales | programme 01

477 390 300 $

Le programme des fonctions nationales vise à permettre au Ministère et aux organismes-conseils de disposer des ressources et des services nécessaires pour établir, mettre en œuvre, évaluer et contrôler les programmes de santé et de services sociaux. Il vise également à susciter la participation de la population à la définition de ses besoins, à assurer la coordination nationale du développement et de la prestation des services de santé et des services sociaux ainsi qu'à financer les activités nationales. De façon plus particulière, ce programme permet d'assurer, notamment, les services suivants :

- l'assurance hospitalisation à l'extérieur du Québec ;
- le Programme d'intervention auprès des personnes infectées par le virus de l'hépatite C ;
- l'application de la Politique du médicament ;
- les activités de recherche dans les domaines de la santé et des services sociaux ;
- le soutien aux organismes communautaires nationaux.

Ce programme inclut également le budget de fonctionnement du Ministère ainsi que celui des trois organismes-conseils suivants : le Conseil du médicament, l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé ainsi que le Commissaire à la santé et au bien-être.

Les fonctions régionales | programme 02

19 285 637 200 $

Le programme des fonctions régionales vise à assurer à la population les services qui favorisent l'atteinte des objectifs définis dans les documents d'orientations ministérielles et des objectifs qui ont été signifiés aux agences de la santé et des services sociaux dans les ententes de gestion et d'imputabilité. Il inclut également le budget de fonctionnement des agences. Plus particulièrement, ce programme permet d'assurer, notamment, la prestation des services suivants :

- les services de santé et les services sociaux courants, de nature préventive ou curative, ainsi que les services de réadaptation ou de réinsertion ;
- les services diagnostiques et les soins médicaux généraux, spécialisés et surspécialisés ;
- les services d'hébergement, d'assistance, de soutien et de surveillance, les services de réadaptation et les services infirmiers ainsi que les services psychosociaux, pharmaceutiques et médicaux offerts aux adultes qui, en raison d'une perte d'autonomie fonctionnelle ou psychosociale, ne peuvent plus demeurer dans leur milieu de vie. Ces services sont

fournis soit par les centres de santé et de services sociaux (CSSS), soit par les centres hospitaliers ou les centres d'hébergement et de soins de longue durée qui n'ont pas été intégrés aux CSSS ;

- les services de nature psychosociale, y compris les services d'urgence sociale fournis par les centres de protection de l'enfance et de la jeunesse ;
- les services de réadaptation et d'intégration sociale qui s'adressent à des personnes ayant une déficience, physique ou intellectuelle, ou qui présentent des difficultés d'ordre comportemental, psychosocial ou familial. Ces services sont fournis par les centres de réadaptation ;
- les services de prévention, d'aide et de soutien fournis par les organismes communautaires et inscrits dans un plan régional de services, auxquels s'ajoutent les activités de promotion, de sensibilisation, de défense des droits des utilisateurs des services et de défense des intérêts des usagers.

Le programme des fonctions régionales permet également d'assurer les activités complémentaires suivantes : la rémunération des résidents en médecine, les services préhospitaliers d'urgence, le système du sang, les vaccins et les antiviraux, les régimes de retraite ainsi que le service de la dette.

L'allocation des ressources financières pour les services dans le réseau de la santé et des services sociaux est basée sur l'évolution des besoins liés à différents facteurs socioéconomiques et démographiques dans chacune des régions (ex. : âge, population, isolement social, revenu disponible, dispersion des clientèles sur le territoire) qui permet d'établir un niveau de financement relatif entre les régions.

L'Office des personnes handicapées du Québec programme 03

13 081 800 $

Aux termes de la Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale, l'Office des personnes handicapées du Québec (OPHQ) a pour mission de veiller au respect des principes et des règles énoncés dans la Loi et de s'assurer, dans la mesure des pouvoirs qui lui sont conférés, que les ministères et leurs réseaux ainsi que les municipalités et les organismes publics et privés poursuivent leurs efforts afin d'améliorer les possibilités offertes aux personnes handicapées de s'intégrer et de participer ainsi pleinement à la vie en société.

L'OPHQ veille également à la coordination des actions relatives à l'élaboration et à la prestation des services qui concernent les personnes handicapées et leurs familles. Il favorise et évalue, sur une base collective, l'intégration scolaire, professionnelle et sociale des personnes handicapées. En plus de promouvoir les intérêts de ces dernières et de leur famille, il les informe, les conseille, les assiste et fait aussi des représentations en leur faveur sur une base tant individuelle que collective.

Le programme inclut également le budget de fonctionnement de l'organisme. L'information détaillée est présentée dans le rapport annuel de l'Office. Ce rapport peut être consulté dans le site Web de l'organisme, à l'adresse suivante : www.ophq.gouv.qc.ca.

La Régie de l'assurance maladie du Québec programme 04

7 203 190 700 $

Le programme relatif à la Régie de l'assurance maladie du Québec (RAMQ) vise à couvrir le coût des services assurés d'assurance maladie et d'assurance médicaments ainsi que les frais y afférents, notamment :

- les services médicaux ;
- les services dentaires ;

- les services d'optométrie ;
- les médicaments et les services pharmaceutiques ;
- les autres services, dont les aides techniques.

Ce programme inclut également le budget de fonctionnement de l'organisme. L'information détaillée est présentée dans le rapport annuel de la Régie. Ce rapport peut être consulté dans le site Web de l'organisme, à l'adresse suivante : www.ramq.gouv.qc.ca.

L'écart budgétaire par programme

Le tableau suivant présente les dépenses du Ministère en 2008-2009 et en 2009-2010 pour chacun des programmes ainsi qu'une comparaison entre le budget et la dépense probable pour l'exercice 2009-2010.

Sommaire de l'écart budgétaire[1]

		(000 $)			
		2008-2009	2009-2010		
Programme	Description	Dépenses	Budget	Dépenses probables	Écart
01	Fonctions nationales	374 064,0	470 740,4	477 590,3	(6 849,9)
02	Fonctions régionales	18 631 569,0	19 165 394,2	19 285 637,2	(120 243,0)
03	OPHQ	12 624,0	13 081,8	13 081,8	0,0
04	RAMQ	6 603 206,0	7 223 190,7	7 203 190,7	20 000,0
	TOTAL	25 621 463,0	26 872 407,1	26 979 500,0	(107 092,9)

1. Le portefeuille sociosanitaire inclut une somme de 52 millions de dollars versée par la Société des loteries du Québec dans deux comptes à fin déterminée. Le premier, doté de 30 millions de dollars, sert à répondre aux besoins des personnes âgées en perte d'autonomie qui demeurent à domicile ou qui vivent dans les CHSLD. Le second compte, doté de 22 millions de dollars, est utilisé pour la prévention du jeu pathologique, pour le traitement des personnes qui ont développé une dépendance aux jeux de hasard et d'argent ainsi que pour la prise en compte des conséquences sur l'entourage de ces personnes.

Le budget de dépenses initial du Ministère, pour l'exercice 2009-2010, se chiffrait à 26 872,4 millions de dollars. La dépense probable pour cet exercice est évaluée à 26 979,5 millions de dollars. L'écart est analysé pour chaque programme où une différence s'observe entre la somme prévue initialement et les dépenses probables :

- Pour les fonctions nationales, la dépense probable est supérieure au budget initial. Cette situation est causée principalement par le coût des communications effectuées dans le cadre de la pandémie de grippe A(H1N1) ainsi que par les dépenses relatives aux communications gouvernementales, dont le financement n'était pas inclus dans le budget de dépenses initial mais a fait l'objet d'un transfert en provenance du Secrétariat à la communication gouvernementale au cours de l'exercice financier.
- Pour les fonctions régionales, la dépense probable est supérieure au budget initial. L'écart s'explique principalement par les dépenses que les activités liées à la pandémie de grippe A(H1N1) ont engendrées dans le réseau de la santé et des services sociaux ainsi que par les dépenses relatives aux activités visant à soutenir l'intégration et la francisation des immigrants, dont le financement n'était pas inclus dans le budget de dépenses initial mais a fait l'objet d'un transfert en provenance du ministère de l'Immigration et des Communautés culturelles au cours de l'exercice financier.
- Pour la RAMQ, la dépense probable est inférieure au budget initial. L'écart s'explique essentiellement par la dépense relative aux services pharmaceutiques, qui est restée en deçà de la prévision.

6.3 Les ressources informationnelles

6.3.1 Les ressources informationnelles du réseau et du Ministère

Le réseau

Le Ministère a entrepris la révision de l'architecture d'entreprise et la mise à jour du Plan d'informatisation du réseau de la santé et des services sociaux afin d'en assurer l'arrimage au projet de plan stratégique 2010-2015. Nécessitant l'étroite collaboration des différentes directions générales, l'exercice vise à analyser les besoins dans une optique de partage et d'utilisation optimale des actifs informationnels.

Un registre des projets en cours dans le réseau de la santé et des services sociaux a été créé. Il recense l'ensemble des initiatives pilotées par les établissements, par les agences de la santé et des services sociaux ou par le Ministère dans le domaine des technologies de l'information ; plus de 1 200 projets y sont inscrits.

Par ailleurs, le Ministère a systématisé la production de dossiers d'affaires pour appuyer ses choix d'investissements dans les technologies de l'information. Ainsi, une douzaine de propositions ont fait l'objet de travaux d'analyse pour déterminer les solutions potentielles et établir les coûts d'acquisition ou de réalisation ainsi que les coûts annuels pour le maintien des systèmes informatiques.

Le Ministère a entrepris l'élaboration d'un cadre de gestion de la normalisation qui prévoit, entre autres, un processus de validation avec les principaux partenaires que sont les agences de la santé et des services sociaux, la RAMQ, la Sogique et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). Un outil de collaboration a été choisi afin d'optimiser les travaux relatifs à la normalisation. La Direction générale des technologies de l'information a établi un mode de collaboration avec les fournisseurs du réseau qui lui permet de recevoir leurs commentaires avant de publier les nouvelles orientations en matière de normalisation. Quant à la participation du Ministère aux activités des groupes de travail de l'Unité collaborative de normalisation, instance de concertation d'Inforoute Santé du Canada, elle s'est poursuivie en 2009-2010.

En ce qui concerne les télécommunications, le Ministère, en partenariat avec le Centre de services partagés du Québec, a procédé avec succès à la mise en place de la sécurité et des nouvelles infrastructures centralisées d'interconnexion des réseaux, soit le Réseau de télécommunication sociosanitaire et le nouveau Réseau intégré de télécommunications multimédia. Cela a permis le démarrage sécuritaire et coordonné de la migration des quelque 1 650 sites des établissements de santé et de services sociaux du Québec. En date du 31 mars 2010, cette migration était complétée pour 560 sites, soit 34 % d'entre eux. De plus, un centre de services opéré par le fournisseur TELUS a été créé ; il prend en charge les appels des clients tout en assurant le soutien technique spécialisé de tous les sites dont les liens de télécommunication ont été migrés au nouveau Réseau intégré de télécommunications multimédia.

Dans le cadre de l'application de la directive gouvernementale sur la sécurité de l'information, un registre d'autorité, servant à identifier le détenteur responsable de la sécurité pour chaque actif informationnel, a été approuvé. Conformément à cette directive, une responsable de la sécurité de l'information a été désignée et elle participe aux travaux du comité ministériel de l'accès à l'information, de la protection des renseignements personnels et de la sécurité de l'information.

Pour répondre aux nouveaux défis posés par l'informatisation et par l'arrivée du Dossier de santé du Québec, le Ministère a créé une nouvelle unité administrative, responsable de la sécurité des technologies de l'information. Un plan stratégique de la sécurité 2010-2015 a été élaboré, en étroite collaboration avec les agences. Outre les enjeux, les orientations et les axes d'intervention à privilégier, il présente des pistes d'actions à mettre en œuvre en matière de sécurité de l'information dans le secteur de la santé et des services sociaux. Un plan d'action et des projets découleront de ce plan stratégique.

Au cours de l'année, de nouveaux actifs informationnels ont été déployés pour soutenir les intervenants dans la dispensation des soins :

- Le déploiement du Système d'information pour les personnes ayant une déficience a débuté en 2009-2010. Il permet aux cliniciens des établissements de réadaptation en déficience physique ou intellectuelle de disposer d'une information qui facilite la prise en charge des usagers ; de plus, il supporte la continuité des services et la gestion par résultats.
- L'implantation du Réseau de services intégrés pour les personnes âgées se poursuit. Près de 3 600 intervenants étaient formés, au 31 mars 2010, sur une cible de 16 000 utilisateurs.
- La mise en production de l'application du Fichier de la vaccination dans le cadre de la pandémie de grippe A(H1N1) pour soutenir l'opération de vaccination massive de l'automne 2009 a permis de faciliter et d'accélérer le processus de vaccination. Ce fichier centralisé était accessible en tout temps, dans plus de 300 centres désignés de vaccination massive et 1 500 sites de vaccination, par plus de 23 000 utilisateurs du réseau. L'identification et l'enregistrement des individus ainsi que l'enregistrement des actes de vaccination ont été simplifiés. Les données consolidées en temps réel ont permis tant au Ministère qu'aux agences de la santé et des services sociaux de disposer d'informations à jour sur le taux d'activité dans les centres de vaccination et sur la couverture vaccinale selon les populations cibles. Ce fichier permettait également d'effectuer des rappels si des lots de vaccins s'étaient révélés inefficaces ou s'ils avaient eu des effets secondaires indésirables.
- L'intégration du volet Sage-femme au système d'information sur la clientèle et les services des CLSC répond à des besoins reconnus dans le réseau de la santé et des services sociaux.
- Le Système d'information supportant le guichet d'accès pour les clientèles orphelines, définies comme étant les personnes à la recherche d'un médecin de famille, a été déployé dans les CSSS. Il permet la mise en place de modalités d'orientation pour les personnes vulnérables n'ayant pas de médecin de famille et le transfert des données nominatives (nom, adresse, numéro de téléphone, sommaire de l'état de santé) entre les cliniciens.
- Dans le cadre du Plan québécois de lutte contre une pandémie d'influenza, l'Infocentre de santé publique avait reçu le mandat du Ministère de réaliser les travaux visant la mise en place du Système intégré de vigie et de surveillance de l'influenza. Pour faire suite à cette demande, des indicateurs de surveillance ont été déployés sur le portail informationnel de l'Infocentre de santé publique du Québec, à l'INSPQ. Le suivi de ces indicateurs permet de soutenir les autorités de santé publique dans la réalisation de leur mandat de vigie et de surveillance.
- Le Ministère a commencé à implanter, le 19 mai 2009, un nouveau processus d'informatisation des GMF mieux adapté à la réalité des cliniques médicales. Au 31 mars 2010, 9 GMF dont les services informatiques ont été migrés selon le nouveau processus avaient traversé toutes les étapes, avec l'aide de l'équipe supraregionale supervisée par Sogique.

Le Ministère

L'infrastructure technologique ministérielle a donné lieu, au cours de l'année 2009-2010, à plusieurs réalisations, notamment :

- Le développement, l'amélioration et l'implantation de plusieurs systèmes d'information, dont ceux qui se rapportent :
  - à la mise en place du fichier de la vaccination dans le cadre de la pandémie de grippe A(H1N1) ;
  - à l'accès aux services spécialisés ;
  - aux conseils d'administration des établissements ;
  - au registre des résidences privées pour personnes âgées ;
  - aux services intégrés pour les personnes âgées ;
  - aux informations sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés ;
  - au registre des plaintes dans les établissements ;
  - au registre des techniciens ambulanciers ;
  - au suivi quotidien des urgences.
- Le soutien technique aux utilisateurs des ressources informationnelles du Ministère ; le personnel interne ayant traité :
  - 15 004 demandes de soutien informatique – dont 305 à cause d'incidents ou de pertes de services –, 233 demandes d'information, 1 723 demandes d'installation de logiciels, 1 101 installations d'équipements et de matériels, 2 279 demandes de sécurité et 9 363 dépannages informatiques ;
  - 1 929 demandes de réservation de salles de visioconférence ;
  - 170 demandes de réservation de la salle multimédia.
- L'entretien, le maintien et l'inventaire physique (équipements et logiciels) du parc technologique du Ministère, qui se compose :
  - de 1 234 postes de travail ;
  - de 297 portables ;
  - de 562 logiciels différents représentant un total de 3 018 licences.

6.3.2 Le Dossier de santé du Québec

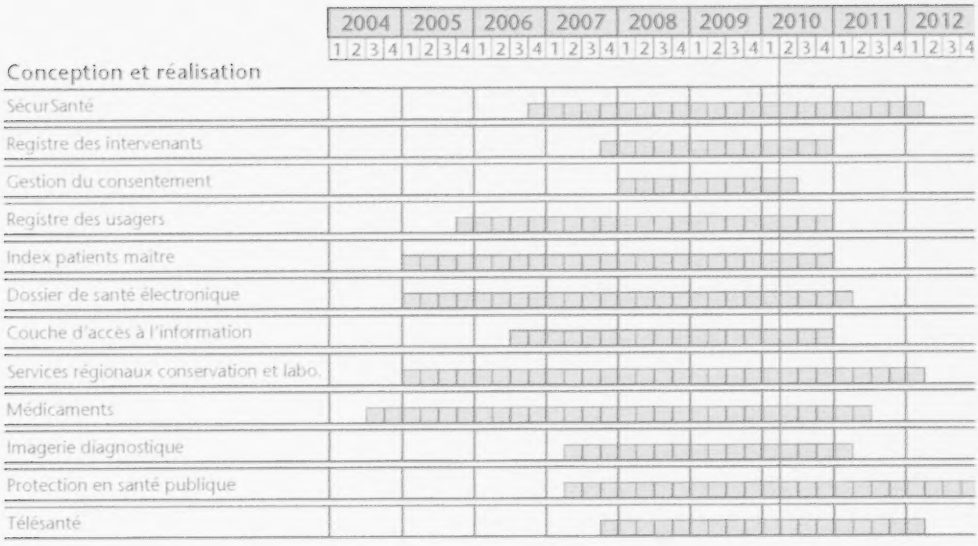
Le Dossier de santé du Québec (DSQ) permettra aux professionnels de la santé habilités de consulter les informations cliniques des citoyens du Québec, quel que soit le lieu où le service est dispensé. Un citoyen pourra cependant signifier son refus d'y participer.

Plusieurs projets concourent au développement du Dossier de santé du Québec. Pour l'imagerie diagnostique, le déploiement des systèmes d'archivage et de transmission d'images numérisées touche à sa fin avec 98 % d'images numérisées. En télésanté, les volets suivants sont en développement :

- la téléformation et le soutien clinique multidisciplinaire ainsi que le déploiement des centres de télésoins à domicile (RUIS de l'Université de Montréal) ;
- la télévisite du Programme national d'assistance ventilatoire à domicile (PNAVD) pour laquelle 40 % des sites étaient opérationnels au 31 mars 2010, ainsi que le centre virtuel de santé et des services sociaux (RUIS de l'Université McGill) ;

- la télépathologie dont 18 % des sites étaient opérationnels au 31 mars 2010 ainsi que la téléconsultation et le soutien au développement des pratiques professionnelles multidisciplinaires (RUIS de l'Université Laval);
- la téléassistance en soins de plaies dont 23 % des sites étaient opérationnels au 31 mars 2010 ainsi que la téléformation et la téléconsultation en multispécialités, au RUIS de l'Université de Sherbrooke.

ÉCHÉANCIER DES PROJETS



L'échéancier des projets a été ajusté à la suite de la révision du contenu des projets et des contraintes d'interopérabilité entre les différents éléments du Dossier de santé du Québec.

Jusqu'en décembre 2009, une première version du DSQ a été expérimentée dans la région de la Capitale-Nationale. L'exercice visait à valider la performance des infrastructures technologiques déployées et la convivialité du projet Médicaments. En prévision de ces essais, une campagne d'information auprès de la population régionale s'est déroulée du 22 janvier au 15 mars 2010. L'objectif était de faire connaître le DSQ et de permettre aux citoyens qui le désiraient d'exprimer leur refus d'y participer. Le taux d'acceptation a été de 99,9 %.

Sur le plan financier, les dépenses totales du DSQ au 31 décembre 2009 s'établissaient à 237,3 millions de dollars sur des investissements prévus de 562,6 millions de dollars. Le tableau suivant présente le contour financier 2007-2011, incluant la contribution attendue d'Inforoute Santé du Canada et celle du gouvernement du Québec de même que le montant des dépenses réelles au 31 décembre 2009.

Dossier de santé du Québec – Contour financier et dépenses

Projets liés au DSQ	Propriétaires	Contour financier du plan d'affaires 2007-2011	Contribution attendue d'ISC	Contribution gouvernement du Québec	Dépenses réelles au 31 décembre 2009
		Coûts (en millions de dollars)			
Couche d'accès à l'information de santé (CAIS), incluant les adaptations à l'infrastructure à clé publique (ICP)	CHQ	27,5	22,2	5,3	15,7
Consentement :					
• Registre des consentements	RAMQ	4,4	–	4,4	3,4
• Service du consentement	CHQ	5,6	–	5,6	1,3
Imagerie diagnostique	Agence de Montréal	111,8	71,9	39,9	58,9
Index patient maître (IPM)	CHQ	22,0	10,0	12,0	14,6
SécurSanté (initialement appelé Infrastructure à clé publique)	RAMQ	25,2	–	25,2	6,5
Médicaments	RAMQ	44,9	38,2	6,7	27,4
Registres des intervenants et des usagers, incluant le Service de localisation	RAMQ	27,8	10,0	17,8	18,1
Réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA)	Agence de Montréal	4,2	4,0	0,2	1,0
Santé publique (Panorama)	INSPQ	12,8	9,4	3,4	9,2
Télésanté	CHQ	45,6	19,5	26,1	3,7
Visualiseur du Dossier de santé électronique, Dossier de santé électronique, Laboratoires, incluant les services régionaux de conservation	Agence de Montréal	99,3	89,6	9,7	33,4
Coûts des activités communes aux projets :					
• Intérêts		27,0	–	27,0	3,7
• Administration		19,9	–	19,9	10,8
• Architecture, gestion de projets et gestion du changement		21,1	16,9	4,2	13,7
• Mise en œuvre et déploiement régional et Réseau de soutien et de validation par les pairs (RSVP)		59,2	8,0	51,2	15,3
• Évaluation des bénéfices		4,3	3,3	1,0	0,8
TOTAL		562,6	303,0	259,6	237,5

Partie 7

L'application de certaines politiques gouvernementales

7.1 L'accès à l'égalité en emploi

Les membres de communautés culturelles, les anglophones, les autochtones et les personnes handicapées

Afin d'assurer la représentativité de la population québécoise au sein de la fonction publique, le gouvernement poursuit la mise en œuvre de son programme d'accès à l'égalité en emploi. À cette fin, le Ministère s'est engagé à ce que 25 % des nouvelles embauches correspondent à des membres issus des groupes cibles suivants : les communautés culturelles, les anglophones, les autochtones et les personnes vivant avec un handicap.

Au cours de l'année 2009-2010, le Ministère a recruté six personnes faisant partie de ces groupes cibles pour des postes réguliers, ce qui représente 30 % du nombre total d'employés réguliers embauchés. Tous statuts d'emploi confondus, le Ministère a recruté 28 membres de groupes cibles, ce qui correspond à 13 % de l'ensemble des personnes embauchées. Les données présentées comprennent les effectifs du Conseil du médicament, du Commissaire à la santé et au bien-être ainsi que de l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé.

Taux d'embauche de membres de groupes cibles, par statut d'emploi, 2009-2010

	Embauche de membres de groupes cibles 2009-2010						
Statuts d'emploi	Embauche totale 2009-2010	Communautés culturelles	Anglophones	Autochtones	Personnes handicapées	Total	Taux d'embauche par statut d'emploi[1]
Réguliers[2]	20	3	0	2	1	6	30 %
Occasionnels[3]	134	11	2	0	0	13	10 %
Étudiants	30	5	2	0	0	7	23 %
Stagiaires	25	1	1	0	0	2	8 %
Total	**209**	**20**	**5**	**2**	**1**	**28**	**13 %**

1. Le taux d'embauche par statut d'emploi est calculé selon le nombre total de personnes issues du groupe visé dans un statut donné, par rapport à l'embauche totale 2009-2010 dans le statut d'emploi.
2. Les données sur l'embauche du personnel régulier ne concernent que les recrutements.
3. Les données sur l'embauche du personnel occasionnel ne concernent que les nouvelles entrées en fonction durant la période visée, ce qui exclut les employés occasionnels inscrits sur des listes de rappel ainsi que ceux qui sont déjà en fonction et dont le contrat a été renouvelé.

Évolution du taux d'embauche global des membres de groupes cibles, par statut d'emploi, de 2007-2008 à 2009-2010

Exercices	Réguliers	Occasionnels	Étudiants	Stagiaires
2007-2008	25 %	9 %	20 %	11 %
2008-2009	17 %	8 %	26 %	0 %
2009-2010	30 %	10 %	23 %	8 %

Au regard de la représentativité des personnes aux prises avec un handicap, ces dernières composent 1 % de l'effectif régulier du Ministère en 2009-2010, l'écart étant de 1 % par rapport à la cible gouvernementale fixée à 2 %.

Malgré les efforts déployés, le taux de représentativité des membres issus des communautés culturelles par rapport à l'ensemble de l'effectif régulier s'établit à 5 %, mais reste en deçà de la cible gouvernementale fixée à 9 %. La situation peut s'expliquer par le fait que la majorité des emplois au Ministère sont situés à Québec et que les membres des communautés culturelles vivent principalement dans la région de Montréal. Si elle est stable depuis l'exercice précédent, la proportion a toutefois augmenté de façon significative au cours des dernières années puisqu'elle est passée de 2 % en 2005-2006 à 5 % en 2009-2010. Le Ministère poursuit ses efforts en vue d'atteindre la cible gouvernementale.

Évolution du taux de représentativité des groupes cibles au sein de l'effectif régulier, au 31 mars 2008, 2009 et 2010

Groupes cibles	2008		2009		2010	
	Nombre d'employés réguliers en place	Taux de représentativité par rapport à l'effectif régulier total	Nombre d'employés réguliers en place	Taux de représentativité par rapport à l'effectif régulier total	Nombre d'employés réguliers en place	Taux de représentativité par rapport à l'effectif régulier total
Communautés culturelles	28	4 %	34	5 %	32	5 %
Autochtones	4	1 %	3	0 %	4	1 %
Anglophones	4	1 %	3	0 %	4	1 %
Personnes handicapées	11	2 %	12	2 %	9	1 %

Taux de représentativité des membres des groupes cibles au sein de l'effectif régulier : résultats par catégorie d'emplois au 31 mars 2010

Groupes cibles	Personnel d'encadrement		Personnel professionnel[1]		Personnel technicien		Personnel de bureau		Personnel ouvrier		Total	
	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%	Nbre	%
Communautés culturelles	0	0 %	19	5 %	4	4 %	9	9 %	0	0 %	32	5 %
Autochtones	0	0 %	4	1 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	4	1 %
Anglophones	1	1 %	3	1 %	0	0 %	0	0 %	0	0 %	4	1 %
Personnes handicapées	0	0 %	5	1 %	1	1 %	3	3 %	0	0 %	9	1 %

1. Comprenant : ingénieurs, avocats, notaires, conseillers en gestion des ressources humaines, enseignants, médecins et dentistes.

La représentation féminine

La représentativité des femmes continue de progresser au Ministère. En 2008-2009, les femmes représentaient 63 % de l'effectif régulier et leur proportion atteint 65 % pour l'exercice 2009-2010. La représentativité des femmes a également progressé au niveau des emplois d'encadrement, passant de 47 % à 51 % pendant la même période. Les données présentées comprennent les effectifs du Conseil du médicament, du Commissaire à la santé et au bien-être ainsi que de l'Agence d'évaluation des technologies et de modes d'intervention en santé.

Taux d'embauche des femmes, 2009-2010

	Réguliers	Occasionnels	Étudiants	Stagiaires	Total
Nombre de femmes embauchées	18	109	20	9	156
Pourcentage par rapport au nombre total d'embauches en 2009-2010	90 %	81 %	67 %	36 %	75 %

Taux de représentativité des femmes dans l'effectif régulier au 31 mars 2010

	Personnel d'encadrement	Personnel professionnel[1]	Personnel technicien	Personnel de bureau	Personnel ouvrier	Total
Nombre d'employés réguliers	72	395	105	105	0	677
Nombre de femmes ayant le statut d'employé régulier	37	225	78	102	0	442
Taux de représentativité des femmes dans l'effectif régulier total de la catégorie	51 %	57 %	74 %	97 %	0 %	65 %

1. Comprenant : ingénieurs, avocats, notaires, conseillers en gestion des ressources humaines, enseignants, médecins et dentistes.

Depuis plusieurs années, le Ministère assure aux femmes une place de choix dans tous les statuts d'emploi, ce qui leur donne un taux de représentativité élevé par rapport à l'ensemble du personnel. Une analyse des données permet de constater que le taux de représentativité des femmes au Ministère n'a cessé de progresser au cours des dernières années. La proportion des femmes parmi toutes les personnes recrutées se maintient aux alentours de 75 % depuis trois ans, après une hausse fulgurante qui l'avait fait passer de 55 % en 2006-2007 à 74 % en 2007-2008. Les femmes représentaient 62 % de l'effectif régulier en 2005-2006, comparativement à 65 % en 2009-2010. Fait intéressant, les femmes occupent la moitié des postes d'encadrement actuellement.

Mesures ou actions favorisant l'embauche, l'intégration et le maintien en emploi

En ce qui a trait aux mesures ou aux actions visant à favoriser l'embauche, l'intégration et le maintien en emploi de son personnel en 2009-2010, le Ministère a consacré ses efforts principalement à l'embauche de personnes appartenant à des groupes cibles. Les autorités ont notamment adopté des pratiques de gestion favorisant la sélection du personnel issu de ces groupes.

7.2 L'égalité entre les femmes et les hommes

En 2006, le gouvernement lançait sa politique pour l'égalité entre les femmes et les hommes, intitulée *Pour que l'égalité de droit devienne une égalité de fait*. Le ministère de la Santé et des Services sociaux s'est engagé, par l'entremise du plan d'action 2007-2010 lié à cette politique, à réaliser – en tant que ministère responsable, coresponsable ou partenaire – les actions qui suivent.

Les actions sous la responsabilité du Ministère

Action 31 : Former un comité multisectoriel pour examiner la situation des personnes aidantes et trouver de nouvelles mesures de soutien, notamment en matière de fiscalité, d'emploi et d'aide à domicile.

Le comité intersectoriel, qui devait examiner la situation des personnes aidantes, n'a pas été formé. Toutefois, à la suite de la consultation sur les conditions de vie des aînés, un nouveau partage des responsabilités entre le Ministère et le ministère de la Famille et des Aînés a été amorcé. Par ailleurs, depuis 2007-2008, le Ministère alloue un montant récurrent de 10 millions de dollars aux centres de santé et services sociaux (CSSS) pour le développement et la diversification des services de répit aux proches aidants des personnes âgées en perte d'autonomie. De plus, une entente entre le gouvernement du Québec et la Fondation Lucie et André Chagnon a été à la base de l'adoption de la Loi instituant le fonds de soutien aux proches aidants. Une société de gestion a été mise en place pour financer des activités et des projets permettant d'offrir des services de répit, d'accompagnement et de soutien aux proches aidants des personnes aux prises avec une incapacité, significative ou persistante, susceptible de compromettre leur maintien à domicile.

Action 44 : Élaborer un deuxième plan d'action visant à promouvoir la santé et le bien-être des femmes.

Le Ministère a élaboré un nouveau plan d'action sur la santé et le bien-être des femmes, en continuité des objectifs ministériels et de la stratégie d'action en la matière intitulée *Au féminin... À l'écoute de nos besoins*. Il couvre la période 2010-2013 et regroupe, sous trois grandes orientations (Améliorer la connaissance des besoins des Québécoises en matière de santé et de bien-être ; Adapter des soins et des services aux besoins des Québécoises ; Intégrer les besoins particuliers des femmes à la planification nationale, régionale et locale des soins et des services), un ensemble d'actions déjà en cours ou à venir. Plusieurs de ces actions sont liées à des engagements ministériels reconnus.

Action 45 : Adopter et diffuser la nouvelle politique de périnatalité.

La Politique de périnatalité 2008-2018, titrée *Un projet porteur de vie*, a été publiée en juin 2008, puis diffusée dans le réseau et auprès des partenaires travaillant en périnatalité. Le Ministère a élaboré et diffusé, en mars 2010, les stratégies relatives à la mise en œuvre de cette politique.

Action 46 : Adopter un projet de loi visant notamment à protéger la santé des femmes utilisant des moyens de procréation assistée et à encadrer la recherche qui se fait dans ce domaine.

Le projet de loi n° 26, qui vise à assurer une pratique de qualité, sécuritaire et éthique en matière de procréation assistée au Québec, a été adopté à l'Assemblée nationale le 18 juin 2009. La mise en vigueur de la loi nécessite l'adoption, par le gouvernement, du Règlement sur les

activités cliniques en matière de procréation assistée et du Règlement modifiant le Règlement d'application de la Loi sur l'assurance maladie. Les projets de ces deux règlements ont été publiés dans la *Gazette officielle du Québec* du 24 mars 2010.

Action 47 : Produire un document sur l'approche à privilégier pour offrir des services de santé et des services sociaux adaptés aux besoins des femmes et des familles touchées par une problématique, existante ou potentielle, d'excision ou d'infibulation.

Le Ministère a produit le document *Agir au Québec auprès des personnes touchées par les pratiques d'excision et d'infibulation (mutilations génitales féminines) ou à risque de l'être : État de situation et recommandations*. Ce document, qui s'adresse tant aux gestionnaires qu'au personnel du réseau de la santé et des services sociaux, contient des recommandations sur les approches à privilégier. On y aborde, notamment, la sensibilisation des communautés touchées par les pratiques d'excision et d'infibulation, la formation du personnel du réseau de la santé et des services sociaux sur les connaissances générales relatives à ces problématiques et sur l'approche interculturelle, la transmission de l'expertise nécessaire aux dispensateurs de services ainsi que l'instauration d'une collaboration ministérielle et interministérielle sur cette question.

Les actions en tant que ministère coresponsable

Action 42 : Soutenir la mise en œuvre de services de surveillance pour les jeunes handicapés de 12 à 21 ans du secondaire qui n'ont pas l'autonomie nécessaire pour être seuls en dehors des heures de classe.

En 2009-2010, une aide financière de 305 767 $ (dont 40 000 $ accordés par le Ministère, 225 767 $ par le ministère de la Famille et des Aînés, et 40 000 $ par le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport) a été allouée pour répondre aux besoins de surveillance de près de 150 jeunes de 12 à 21 ans du secondaire dans diverses régions du Québec. Au total, onze organismes, dont trois nouveaux, offrent à ces élèves handicapés des activités structurantes adaptées à leurs capacités et à leurs intérêts, permettant ainsi à leurs parents de mieux concilier leur travail et leurs responsabilités familiales.

Action 52 : S'assurer que les services de supervision des droits d'accès donnent priorité à la sécurité des enfants et du parent non violent dans les cas de violence conjugale.

Les normes et les règlements prévus pour encadrer les services de supervision des droits d'accès, dans les cas de violence conjugale, donnent priorité à la sécurité des enfants et du parent non violent. Les organismes responsables de ces services doivent consigner, dans un registre prévu à cette fin, tous les incidents et toutes les situations où des manifestations de violence à l'égard d'une des personnes participantes ont eu lieu ainsi que tous les incidents et toutes les situations où la sécurité des personnes ou des lieux a été mise à l'épreuve dans le cadre des services de supervision des droits d'accès. En 2009-2010, aucune plainte ni aucun incident directement reliés à la sécurité des femmes et des enfants n'ont été rapportés aux agences de la santé et des services sociaux.

L'analyse différenciée selon les sexes (ADS)

Le Ministère poursuit son engagement en faveur de l'implantation de l'analyse différenciée selon les sexes (ADS) dans ses pratiques de planification et de gestion. En 2009-2010, il a poursuivi l'intégration de l'ADS au projet de Plan d'action interministériel en itinérance, qui a été lancé en décembre 2009. Toutefois, il a été convenu que l'ADS ne serait pas intégrée systématiquement à toutes les mesures du plan d'action, mais plutôt à des actions ciblées.

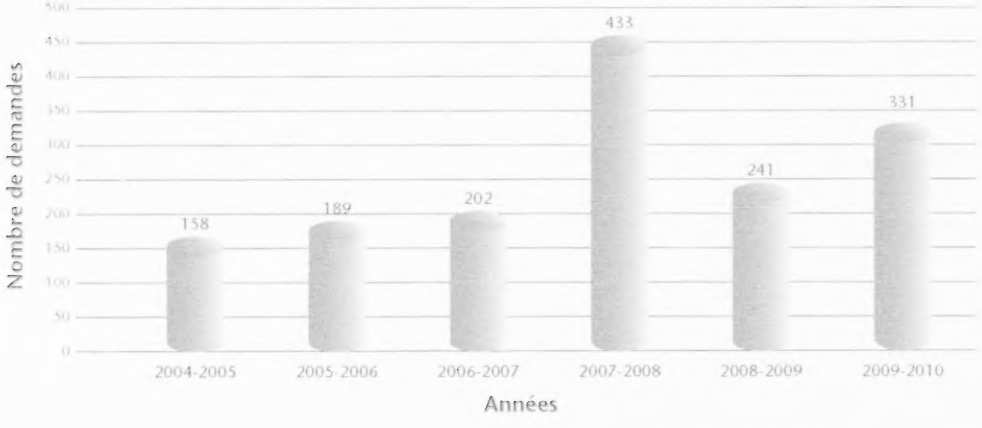
En 2009-2010, le Ministère a également identifié de nouveaux projets reliés à l'ADS dans le cadre de l'optimisation de l'offre de service aux personnes âgées en perte d'autonomie (volets soutien aux proches aidants, hébergement, prévention et gestion des maladies chroniques) ainsi que dans le cadre de la poursuite des activités relatives à la Stratégie québécoise de lutte contre l'infection par le VIH et le sida, l'infection par le VHC et les infections transmissibles sexuellement (particulièrement en ce qui concerne les infections qui sont en nette progression chez les femmes) et des activités relatives au Programme national de santé publique 2003-2012 – Mise à jour 2008 (pour des activités ciblées).

De plus, une session de formation sur l'ADS a été offerte au personnel du Ministère en septembre 2009 et des sessions de sensibilisation à ce type d'analyse ont été organisées pour les équipes responsables des nouveaux projets reliés à l'ADS. Le Ministère souhaite toujours mettre en place des mécanismes d'accompagnement et de soutien technique destinés aux personnes qui seront appelées à intégrer l'ADS à leurs pratiques de planification et de gestion, au sein du Ministère et dans le réseau.

7.3 L'accès à l'information et la protection des renseignements personnels

Au cours de l'année 2009-2010, le Ministère a reçu 331 demandes formulées en vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels. De ce nombre, 265 visaient l'obtention de documents administratifs (80 %) et 66 portaient sur l'accès à des renseignements personnels (20 %).

Nombre de demandes d'accès à l'information par année financière



Parmi les demandes de 2009-2010, 51 % ont entraîné un accès total ou partiel, 12 % se sont soldées par un refus de communication – en raison principalement des articles 18, 20, 34, 37, 39, 53 et 54 de la Loi, et 37 % concernaient des documents non détenus par le Ministère ou relevant de la compétence d'un autre organisme. Le temps de réponse a été de 20 jours ou moins dans 62 % des cas. Enfin, 16 recours en révision des décisions rendues ont été entrepris auprès de la Commission d'accès à l'information.

Nombre de demandes ayant obtenu une réponse du Ministère, selon le type de demande, en 2008-2009 et 2009-2010

Types de demande	2008-2009	2009-2010
Renseignements généraux et avis sur la Loi sur l'accès	322	498
Registre de la population (actes de naissance, de mariage et de décès)	738	505
Accès à des fichiers de renseignements personnels utilisés à des fins de recherche, d'étude ou de statistique	59	45

La mise en œuvre du Règlement sur la diffusion de l'information et sur la protection des renseignements personnels a nécessité la création d'un comité sur l'accès à l'information et la protection des renseignements personnels, qui s'est réuni à trois reprises depuis sa formation, et la diffusion, sur le site Web du Ministère, des documents et des renseignements énumérés à l'article 4 du Règlement. Des activités ont été offertes aux nouveaux employés et aux pilotes des systèmes d'information pour les sensibiliser à l'accès à l'information et à la protection des renseignements personnels.

7.4 La politique linguistique

La Politique du ministère de la Santé et des Services sociaux relative à l'emploi et à la qualité de la langue française a été adoptée en novembre 1999, à la suite de la diffusion de la Politique gouvernementale relative à l'emploi et à la qualité de la langue française dans l'Administration. En 2009-2010, les communications et les activités du personnel du Ministère se sont déroulées dans le respect de la politique linguistique ministérielle.

En raison de la priorité accordée au dossier de la grippe A(H1N1) par les autorités du Ministère et de la mobilisation de la majorité du personnel durant une longue période, le Comité permanent sur le suivi de la politique linguistique a reporté la révision de la politique linguistique du Ministère au cours de l'exercice financier 2010-2011.

Par ailleurs, le Ministère a reçu et donné suite à une seule plainte de l'Office québécois de la langue française concernant la lettre bilingue de confirmation d'inscription adressée aux patients en attente d'une chirurgie. De plus, le Ministère a répondu à un sondage de l'Office concernant les exigences linguistiques au moment de l'embauche du personnel dans les ministères et les organismes du gouvernement du Québec.

Enfin, le Ministère a poursuivi ses travaux visant à rendre son site Web conforme aux normes de la Charte de la langue française et des politiques ou directives qui en découlent.

7.5 Le développement durable et les changements climatiques

Plan d'action de développement durable

La partie 4 du présent rapport est consacrée au suivi des seize actions inscrites dans le Plan d'action de développement durable 2009-2013. De plus, le Ministère s'est engagé activement dans la campagne Défi Climat, cette grande campagne de mobilisation concernant la lutte contre les changements climatiques, avec des centaines d'autres entreprises, institutions publiques et organismes de toutes les régions du Québec. Pendant plus de sept semaines, diverses activités (conférences, films, kiosque d'information, etc.) étaient proposées aux employés, qui ont ainsi pu participer à ce mouvement visant une société plus durable.

Plan d'action sur les changements climatiques

La mesure 16 du Plan d'action 2006-2012 sur les changements climatiques adopté par le gouvernement du Québec demande « d'améliorer, d'ici 2010, l'efficacité énergétique dans les bâtiments publics de 10 à 14 % sous le niveau de 2003 et de réduire de 20 % la consommation de carburant dans les ministères et les organismes publics ». Les résultats sont présentés à la section 4.3.7 du présent rapport.

Bien que la pandémie de grippe A(H1N1) ait perturbé le déroulement des activités normales du Ministère, quelques actions ont tout de même été prises au regard de la mesure 17 du Plan d'action 2006-2012 sur les changements climatiques. En effet, le 25 août 2009, une entente administrative a été signée entre le ministère du Développement durable, de l'Environnement et des Parcs et le ministère de la Santé et des Services sociaux, laquelle régit les transferts de fonds pour rembourser les frais dans le cadre de l'implantation du plan de navettage durable. Cette entente correspond aux objectifs du plan puisqu'elle vise :

- à réduire les émissions de GES (gaz à effet de serre) occasionnées par les déplacements des employés pour se rendre au travail ;
- à favoriser le covoiturage et l'utilisation des transports collectifs ou actifs ;
- à soutenir techniquement et financièrement la planification et la mise en œuvre d'un plan de navettage durable.

La signature de l'entente administrative permettait de lancer le projet et quelques étapes ont déjà été franchies, dont le dénombrement des effectifs par lieu de travail, l'identification des édifices visés par le programme (100 employés et plus) et la création du répertoire des codes postaux des employés du Ministère travaillant dans ces édifices. Dans le cadre de ce projet, il est question, entre autres, de mettre à la disposition des employés un logiciel de covoiturage et de proposer des mesures favorisant l'utilisation des transports collectifs ou actifs.

La mesure 21 porte sur la mise en place de « mécanismes qui permettront de prévenir et d'atténuer les impacts des changements climatiques sur la santé et la sécurité publiques ». À cette fin, le Ministère a confié à l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) la coordination de différents projets ciblant le développement de systèmes de veille-avertissement et de surveillance santé en temps réel, l'adaptation de la gestion clinique, sociale et matérielle du réseau de la santé, le soutien à l'aménagement préventif des lieux et des espaces habités ainsi que l'amélioration des connaissances de la population et des cliniciens sur le sujet.

De plus, afin de présenter et de promouvoir différentes techniques de construction et d'aménagement qui permettent de réduire le phénomène d'îlot de chaleur urbain, une aide de plus de 8 millions de dollars a été accordée à des municipalités et à des organismes à but non lucratif pour la réalisation, d'ici 2012, de projets visant des groupes à risque. Ainsi, 14 projets de lutte contre les îlots de chaleur urbains, de 500 000 $ et plus, ont été financés à la suite d'un premier appel de propositions lancé en août 2009 et se terminant en novembre 2009. Ces projets étaient situés principalement dans les régions de Montréal, de Québec, de la Montérégie et de Lanaudière.

7.6 Le bilan des activités de la Table de coordination nationale des réseaux universitaires intégrés de santé

Les réseaux universitaires intégrés de santé (RUIS) sont composés d'un centre hospitalier universitaire (CHU), de centres hospitaliers affiliés universitaires (CHAU), d'instituts universitaires (IU) de même que de l'université à laquelle ces établissements sont affiliés. D'autres établissements de santé peuvent y être ajoutés à la discrétion de chaque RUIS.

Le mandat des RUIS consiste à formuler des propositions au ministre ou à toute agence visée, notamment sur l'organisation des services spécialisés et surspécialisés, le déploiement de programmes de formation de la main-d'œuvre médicale, la répartition des effectifs médicaux, les corridors de services à établir avec les autres composantes du réseau ainsi que le développement des technologies et de la recherche.

La Table de coordination nationale des RUIS a comme responsabilités principales d'assurer la place stratégique de la médecine académique auprès de tous les établissements du réseau de la santé et des services sociaux de même que de coordonner l'action des RUIS pour assurer l'accès à la médecine académique dans toutes les régions du Québec.

Au cours de l'année 2009-2010, les membres de cette table se sont réunis à cinq reprises sous la présidence du directeur général des services de santé et médecine universitaire du Ministère, Dr Michel A. Bureau, et sept tables sectorielles ont exercé leurs activités. Ces tables sont : télé-santé, cardiologie tertiaire, mère-enfant, génétique, évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé, soins infirmiers et douleur chronique.

Le 30 avril 2009, la Table recevait et approuvait le rapport synthèse de l'évaluation du fonctionnement des RUIS après cinq ans et le 17 septembre 2009, elle acceptait les recommandations découlant de cette évaluation. La recommandation principale était à l'effet qu'il était impératif de clarifier les rôles respectifs des RUIS, des agences et du Ministère afin d'assurer aux divers projets une gouvernance claire, efficace et optimale.

Le 11 juin 2009, la Table appuyait à l'unanimité les recommandations de la table sectorielle en douleur chronique, dont, notamment, celle de désigner dans chaque RUIS un centre d'expertise en douleur chronique. Les centres d'expertise ont été constitués et le dossier de chacun fut analysé et jugé conforme aux critères préétablis. Les recommandations ont été transmises au ministre qui a procédé, le 19 février 2010, à la désignation des quatre centres d'expertise.

Le 11 juin 2009, la Table approuvait l'énoncé de position proposé par le Ministère et intitulé « Projet de développement d'un continuum de services pour les personnes victimes d'un AVC ou susceptibles de le devenir et leurs proches ». Dans cet énoncé de position, il a été recommandé, notamment, de désigner un « Stroke Center » par RUIS, des « Stroke units » régionales et de créer une table sectorielle en neurosciences/AVC pour soutenir l'implantation du continuum de services. Le 17 septembre, la Table a approuvé la modalité de gouvernance du projet.

Le 17 septembre 2009, le plan d'affaires proposé par les coordonnateurs du RUIS et les bibliothécaires des quatre universités pour la création d'un consortium provincial pour l'acquisition de ressources documentaires électroniques a été jugé avantageux et appuyé par la Table. Le 10 décembre, la Table a autorisé les responsables du projet de consortium à négocier avec les fournisseurs.

Le 10 décembre 2009, le Dr Bruno Piedboeuf était présenté à la Table comme nouveau président de la table sectorielle mère-enfant. Le mandat principal de cette table est de supporter, en collaboration avec les agences, la renaissance ou le renforcement des pôles régionaux dans le secteur mère-enfant et en pédiatrie.

Le 18 février 2010, la Table était saisie du projet du Ministère d'élaborer des plans régionaux d'effectifs médicaux en spécialité (plan de cinq ans). La responsabilité a été confiée aux directeurs régionaux des affaires médicales et universitaires et aux tables PREM-RUIS. Ce projet fut bien reçu pour autant que les plans d'effectifs médicaux des hôpitaux à vocation universitaire soient pris en compte.

7.7 Le suivi des recommandations des rapports du Vérificateur général du Québec

Le suivi des actions entreprises par le Ministère pour répondre aux recommandations du Vérificateur général du Québec est coordonné par la Direction de la vérification interne, de concert avec les secteurs d'activité visés. Les membres du comité ministériel de vérification sont informés de l'évolution des travaux effectués pour répondre à ces recommandations.

Le Ministère témoigne des progrès accomplis au regard des mesures correctrices qu'il a annoncées dans les rapports du Vérificateur général qui ont été déposés depuis l'année 2005-2006.

La gestion des projets immobiliers (Tome I, 2005-2006)

Plusieurs actions ont été posées au cours de l'exercice 2009-2010 en rapport avec les recommandations du Vérificateur général du Québec qui concernent la gestion des projets immobiliers.

D'une part, le Ministère a publié un manuel sur la planification des investissements en infrastructures dans le réseau sociosanitaire québécois. Le manuel constitue la résultante des efforts déployés en vue d'améliorer le processus de planification et de gestion de ces investissements.

D'autre part, le Ministère a amorcé un exercice de priorisation des projets immobiliers pour la période 2010-2015.

La gestion des immeubles dans le réseau de la santé et des services sociaux (Tome I, 2005-2006)

En 2009-2010, la consolidation et le développement du Système Actifs+ Réseau, outil dont le réseau de la santé et des services sociaux s'est doté afin de contribuer à la saine gestion de ses infrastructures, se sont poursuivis. Plus précisément, l'inventaire national (parc immobilier et parc de l'équipement médical de 100 000 $ ou plus et de nature stratégique) est, depuis le 17 juin 2009, une composante du Système Actifs+ Réseau. Ce système commun est utilisé par toutes les personnes responsables du maintien et de la gestion des infrastructures du réseau, qu'elles travaillent dans un établissement, dans une agence de la santé et des services sociaux ou au Ministère.

L'élément moteur du projet Actifs+ Réseau est la refonte du maintien des actifs du réseau. Entreprise en 2004-2005, cette refonte est guidée par les objectifs d'intégration avec la gestion de l'offre de service, de subsidiarité, d'imputabilité locale, de reddition de comptes et de transparence.

Les établissements ont d'ailleurs la responsabilité de tenir à jour des données de l'inventaire, d'en authentifier certaines (les superficies brutes, la superficie des espaces vacants ou les stationnements fermés, par exemple) et de certifier cet inventaire, sur une base annuelle pour le volet immobilier et tous les deux ans pour l'équipement médical. En plus d'inclure des données descriptives des parcs concernés, l'inventaire permettra d'en apprécier l'état. L'âge des appareils constitue l'élément de mesure pour le parc d'équipement médical, alors qu'un indice de vétusté sert de norme pour le parc immobilier du réseau. Cet indice permet de connaître, à une date donnée, l'état du parc immobilier et de conduire des analyses sectorielles. Puisque ces deux composantes seront mises à jour annuellement, il sera possible de comparer les indices d'une année à l'autre et de mesurer l'évolution de l'état du parc immobilier.

Par ailleurs, l'analyse préalable à l'inclusion d'un formulaire basé sur ce qui existe en matière d'évaluation fonctionnelle et technique des CHSLD s'est amorcée en 2009-2010. À terme, cet ajout à Actifs+ Réseau permettra de poser rapidement un diagnostic sur l'état fonctionnel et technique (vétusté) des installations assurant la mission CHSLD.

Les programmes d'aides techniques pour les personnes handicapées (Tome II, 2005-2006)

Le Ministère a poursuivi les travaux en vue de respecter les engagements pris dans le cadre du plan d'action sur les programmes d'aides techniques qui avait été déposé à la Commission de l'administration publique en 2007. De manière plus précise, une requête visant à établir une veille technologique en continu a été officiellement transmise à l'Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé. Des travaux sont en cours à cet égard.

Le Ministère a, par ailleurs, terminé les travaux portant sur la révision de la section de son site Web à l'intention des personnes handicapées, section qui traite notamment des aides techniques. L'information a été vulgarisée et rendue accessible au citoyen en tenant compte de ses principales préoccupations. Quant aux travaux relatifs à la révision des programmes d'aides motrices et d'aides visuelles, ils se sont poursuivis. À cet effet, des travaux concernant l'élargissement de la gamme d'aides techniques admissibles à la couverture publique ont été réalisés. D'autres travaux ont été faits pour établir un protocole de nettoyage et de désinfection des fauteuils roulants valorisés, lequel sera standardisé à l'échelle nationale.

Enfin, le Ministère travaille, avec l'Ordre des technologues du Québec, à établir les balises relatives à l'octroi de permis d'exploitation de laboratoire d'orthèses et de prothèses.

La gouvernance dans les agences et les établissements publics du réseau de la santé et des services sociaux (Tome I, 2007-2008)

En 2009-2010, le Ministère a travaillé intensivement à préciser des propositions en matière de révision de la gouvernance. Un projet de loi a été transmis par le ministre aux organismes centraux du gouvernement le 21 janvier 2010 et le processus d'analyse s'est amorcé. Les modifications inscrites dans le projet de loi visent principalement à préciser le rôle des conseils d'administration, à réviser leur composition, à clarifier les règles d'imputabilité entre les paliers de gestion ainsi qu'à proposer des mesures pour soutenir la gestion des organisations et leurs dirigeants.

Le Ministère a également poursuivi les travaux visant à revoir les ententes de gestion et d'imputabilité, à élaborer un cadre de référence, incluant des indicateurs, en matière d'appréciation de la performance du système. Un répertoire des indicateurs de gestion valides et fiables dont le Ministère et le réseau ont besoin pour suivre l'évolution de la performance et de la production des services de santé et des services sociaux est aussi en préparation.

L'approvisionnement en équipements et fournitures de nature médicale (Tome III, 2007-2008)

Au regard des recommandations du Vérificateur général du Québec sur les approvisionnements en équipements et fournitures de nature médicale, l'année 2009-2010 a marqué la mise en œuvre de plusieurs mesures de suivi définies précédemment, et ce, malgré les efforts investis par le personnel de ce secteur dans le contexte de la pandémie de grippe A(H1N1).

En ce qui concerne le soutien aux établissements, une collecte d'informations a été effectuée auprès des agences pour que le Ministère puisse évaluer l'avancée des efforts relatifs à la normalisation des fournitures.

Quant au respect des lois et des règlements, le Ministère a offert, en juin 2009, quatre sessions de mise à jour : trois au personnel du réseau et l'autre aux représentants de l'industrie de la santé. Les participants ont été nombreux et très actifs à chacune des sessions. Par ailleurs, l'équipe ministérielle a répondu aux multiples questions du personnel affecté à l'approvisionnement des établissements, en plus d'avoir mis à jour et produit, avec un groupe d'experts, un document de questions et de réponses sur l'application de la Loi et de ses règlements. Le Ministère a aussi conçu et mis sur son site Web des documents types sur l'appel d'offres concernant les principaux processus d'acquisition.

Le Ministère a aussi demandé à chaque agence de lui fournir l'inventaire des technologies utilisées dans sa région. Ce premier exercice a suscité une prise de conscience régionale sur l'utilisation des technologies.

Pour ce qui est du suivi de l'approvisionnement, l'action ministérielle a principalement porté sur la définition des modalités de la reddition de comptes prévues dans la politique de gestion contractuelle et sur une analyse préliminaire des rapports de reddition de comptes reçus. Leur analyse complète permettra de déterminer les interventions à réaliser et d'évaluer l'outil utilisé.

Enfin, le Ministère a élaboré un projet de politique d'approvisionnement en commun, lequel a mené à la création d'un comité stratégique sur le sujet. Le mandat du comité porte, entre autres, sur la mise en œuvre des principes et des objectifs inscrits dans la politique, la concertation entre les divers intervenants et la recherche de nouveaux marchés. Ce comité a siégé à deux reprises en 2009-2010.

Le soutien financier accordé aux organismes communautaires par le Ministère et par les agences de la santé et des services sociaux (Tome I, 2008-2009)

Depuis la publication, le 4 novembre 2008, du rapport du Vérificateur général du Québec portant sur le soutien financier accordé aux organismes communautaires par le réseau de la santé et des services sociaux, différentes actions ont été prises.

Un avis juridique a été demandé sur les liens permis entre les organismes communautaires et leur fondation. À partir de cet avis, le Ministère définira des orientations concernant le suivi à effectuer auprès des organismes ayant des liens privilégiés avec une fondation afin de s'assurer qu'ils respectent les règles.

Le Ministère a établi une collaboration avec l'École nationale d'administration publique afin que cette dernière réalise une étude d'évaluabilité appliquée aux secteurs d'intervention des organismes communautaires. La première phase de l'étude, laquelle consiste à cibler les secteurs qui pourraient être sujets à l'évaluation, est en voie d'être complétée.

Les normes du Programme de soutien aux organismes communautaires sont en révision, puis elles seront soumises au Secrétariat du Conseil du trésor pour approbation. Le document explique entre autres, dans quel contexte chacun des trois modes de financement, soit le soutien en mission globale, le financement pour activité spécifique et le projet ponctuel, peut être utilisé. Les modalités relatives à la reddition de comptes propres à chacun de ces modes de financement y sont aussi précisées.

De plus, ce programme étant régionalisé, plusieurs travaux sont réalisés en collaboration avec les agences de la santé et des services sociaux. Un projet de convention d'aide financière triennale a été élaboré. Il indique, entre autres, la ligne de conduite au regard du contrôle que le Ministère et les agences peuvent exercer sur les organismes communautaires. Un nouveau formulaire de demande de subvention est également en préparation. Il permettra notamment de colliger des informations sur les ententes de services que ces organismes concluent avec les établissements du réseau.

Enfin, des travaux ont débuté pour la mise en place d'un système d'information permettant de cumuler les données relatives à la situation financière des organismes communautaires subventionnés, à leur clientèle et aux services qu'ils offrent. Un groupe de travail a déterminé les variables à inclure dans ce système et des démarches sont en cours afin de sélectionner le support technologique le plus approprié.

Le Dossier de santé du Québec (Tome I, 2009-2010)

Au chapitre de la gouvernance, le Bureau du Dossier de santé du Québec (DSQ) est intégré à la Direction générale des technologies de l'information du Ministère en 2009-2010. De plus, un plan stratégique pour l'informatisation clinique, qui prévoit l'arrimage à court et à moyen terme du Dossier de santé du Québec et du Dossier patient électronique, est en préparation.

En ce qui a trait à la planification et au suivi des projets, toutes les agences de la santé et des services sociaux se sont engagées officiellement à participer au DSQ. Les efforts du Ministère se sont poursuivis au regard du plan de main-d'œuvre et les postes clés liés au projet ainsi que ceux qui nécessitent un transfert de connaissances particulières sont maintenant occupés par du personnel de la fonction publique. L'échéancier a été révisé et des mécanismes ont été mis en place pour qu'un portrait fidèle de l'échéancier et du degré d'avancement des différentes composantes du projet puisse être produit régulièrement. Par la suite, le Ministère a entrepris des travaux de réévaluation des choix relatifs à l'architecture du projet. Le rapport d'évaluation du projet pilote a été déposé en juin 2009, tel que cela était prescrit, et un suivi est réalisé pour donner suite aux problèmes rapportés.

Relativement à l'acquisition de biens et services, le Ministère s'est assuré de disposer d'un portrait complet, à jour et fiable de l'ensemble des contrats du DSQ. Il s'est également outillé adéquatement pour effectuer le suivi des contrats et des travaux.

Pour ce qui est des coûts et du financement, le Ministère a mis à jour tant les coûts que les budgets du projet en juillet 2009 et il en a fait une seconde révision en décembre 2009. Les hypothèses de réalisation doivent cependant être revues et corrigées régulièrement, au fur et à mesure de l'avancement des travaux. Les coûts des investissements connexes ont également été révisés en janvier 2010 ; de même que les coûts récurrents, ce qui a permis au Ministère d'octroyer les budgets d'exploitation requis pour l'exercice 2009-2010 et de planifier le financement opérationnel nécessaire au bon fonctionnement du DSQ en 2010-2011.

Quant à la gestion du changement, le Ministère a amorcé un processus de réévaluation de sa stratégie globale, des démarches et des outils à ce sujet pour s'assurer qu'ils correspondent à ce qui avait été prévu et qu'ils soient produits en temps opportun.

Enfin, au regard de la sécurité, le Ministère a entrepris les travaux requis afin de se doter d'un plan global de sécurité pour le DSQ, de statuer sur le niveau acceptable de sécurité à instaurer et de s'assurer que ces contrôles soient mis en place.

7.8 L'application de l'article 6 du Règlement sur l'éthique et la discipline dans la fonction publique

L'éthique constitue une préoccupation fondamentale et constante pour le gouvernement du Québec. L'importance de ce principe s'est traduite par l'adoption, en 2002, du Règlement sur l'éthique et la discipline dans la fonction publique, auquel tous les organismes publics sont soumis.

En 2009-2010, et pendant toute la période couverte par le Plan stratégique 2005-2010, aucune infraction au règlement sur l'éthique n'a été relevée au sein de l'organisation. L'action du Ministère s'est donc poursuivie sur le plan de la prévention, de l'information et de la sensibilisation du personnel, tant au chapitre du lobbyisme qu'à celui de l'infrastructure éthique de l'administration publique québécoise.

Plus précisément, au cours de l'exercice 2009-2010, 12 consultations ont été accordées à des gestionnaires, à des membres du personnel et à des conseillères clientèles de la Direction des ressources humaines. La moitié d'entre elles concernaient l'interprétation de l'article 6 du Règlement sur l'éthique et la discipline dans la fonction publique. Cet article stipule que « le fonctionnaire ne peut accepter aucun cadeau, marque d'hospitalité ou autre avantage que ceux d'usage et d'une valeur modeste ». Les six autres demandes ont porté sur l'application de l'article 8 de ce même règlement, lequel article porte sur les obligations faites au fonctionnaire qui se propose de publier un texte ou de se prêter à une interview sur des sujets ou des dossiers reliés à l'exercice de ses fonctions.

Enfin, il faut souligner que l'infrastructure de l'éthique dans la fonction publique a été présentée à toutes les séances d'accueil du nouveau personnel du Ministère.

7.9 Le Plan d'action gouvernemental 2008-2013, titré *La diversité : une valeur ajoutée*

La politique gouvernementale visant à favoriser la participation de tous à l'essor du Québec, intitulée *La diversité : une valeur ajoutée*, ainsi que le Plan d'action 2008-2013 qui l'accompagne pour assurer sa mise en œuvre, ont été lancés en octobre 2008. Ils s'articulent autour de trois grandes orientations et de huit choix stratégiques :

- Reconnaître et contrer les préjugés et la discrimination :
  - Éduquer et sensibiliser
  - Favoriser le rapprochement interculturel
- Renouveler les pratiques :
  - Assurer l'accès, le maintien et la progression en emploi
  - Favoriser un accès équitable aux services publics
  - Améliorer le respect et l'exercice des droits
- Coordonner les efforts :
  - Impliquer la société civile et accroître les partenariats
  - Stimuler et déployer les efforts gouvernementaux
  - Évaluer et mesurer la discrimination

Le Ministère s'est engagé à réaliser quatre mesures dans le cadre du Plan d'action 2008-2013.

34 C : Favoriser l'insertion socioprofessionnelle des jeunes Québécois des communautés culturelles au moyen du programme Qualification des jeunes.

Le programme Qualification des jeunes prévoyait toucher 620 jeunes en 2009-2010. Comme c'est le cas pour les autres mesures offertes par les centres jeunesse du Québec, des jeunes participants appartiennent à des communautés ethnoculturelles. En vertu de la Loi sur l'accès aux documents des organismes publics et sur la protection des renseignements personnels, et de la Loi sur les services de santé et les services sociaux, on ne peut cependant identifier les jeunes et confirmer leur nombre.

41 K : *Enrichir les programmes-cadres de formations interculturelles offertes au personnel et aux gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux afin d'assurer la prise en compte de la diversité ethnoculturelle et religieuse et de prévenir la discrimination lors de la prestation des services.*

Le Ministère a conçu et publié, voilà une dizaine d'années, deux programmes-cadres balisant la formation des intervenants et des gestionnaires du réseau en matière de relations interculturelles : « L'approche clientèle dans un contexte interculturel » et « Gestion de la diversité en contexte d'une approche-clientèle et d'une gestion des ressources humaines axée sur les résultats ». Plusieurs établissements ont, depuis ce temps, conçu des programmes de formation plus adaptés à leurs besoins. Au cours de l'année 2009-2010, le Ministère a pris la décision de réaliser un inventaire de tous les programmes de formation offerts dans le réseau.

41 L : *Documenter la situation du racisme et de la discrimination dans le réseau de la santé et des services sociaux afin d'établir les actions prioritaires à mettre en œuvre dans le réseau.*

À partir du 1er avril 2009, les établissements du réseau ainsi que les agences de la santé et des services sociaux ont répertorié les plaintes pour motifs de discrimination ou de racisme dans le système de traitement des plaintes. Leurs rapports de plaintes 2009-2010 seront disponibles à l'automne 2010.

41 M : *Stimuler les efforts de recherche sur l'influence du racisme et de la discrimination sur la santé afin d'améliorer les orientations et les programmes ministériels et de mettre en œuvre des interventions visant la réduction des inégalités sociales de la santé.*

Des établissements du réseau ont mené ou mènent actuellement diverses recherches en matière d'adaptation des services aux réalités ethnoculturelles. Au cours de l'année 2009-2010, le Ministère a décidé de procéder à l'inventaire des recherches produites ou en cours dans le réseau.

7.10 La Politique de financement des services publics

Des travaux sont entrepris en vue d'atteindre les objectifs énoncés dans la Politique de financement des services publics.

Annexe I La liste des lois dont la responsabilité de l'application relève, partiellement ou totalement, du ministre de la Santé et des Services sociaux

Loi sur l'assurance-hospitalisation *(L.R.Q., c. A-28)*

Loi sur l'assurance maladie *(L.R.Q., c. A-29)*

Loi sur l'assurance médicaments *(L.R.Q., c. A-29.01)*

Loi sur les autochtones cris, inuit et naskapis *(L.R.Q., c. A-33.1)*

Loi sur les cimetières non catholiques *(L.R.Q., c. C-17)*

Loi sur le Commissaire à la santé et au bien-être *(L.R.Q., c. C-32.1.1)*

Loi sur la Corporation d'hébergement du Québec *(L.R.Q., c. C-68.1)*

Loi sur l'équilibre budgétaire du réseau public de la santé et des services sociaux *(L.R.Q., c. E-12.0001)*

Loi assurant l'exercice des droits des personnes handicapées en vue de leur intégration scolaire, professionnelle et sociale *(L.R.Q., c. E-20.1)*

Loi instituant le Fonds pour la promotion des saines habitudes de vie *(L.R.Q., c. F-4.0021)*

Loi sur Héma-Québec et sur le Comité d'hémovigilance *(L.R.Q., c. H-1.1)*

Loi sur les inhumations et les exhumations *(L.R.Q., c. I-11)*

Loi sur l'Institut national de santé publique du Québec *(L.R.Q., c. I-13.1.1)*

Loi sur les laboratoires médicaux, la conservation des organes, des tissus, des gamètes et des embryons et la disposition des cadavres *(L.R.Q., c. L-0.2)*

Loi assurant le maintien des services essentiels dans le secteur de la santé et des services sociaux *(L.R.Q., c. M-1.1)*

Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux *(L.R.Q., c. M-19.2)*

Loi assurant la mise en œuvre de la Convention sur la protection des enfants et la coopération en matière d'adoption internationale *(L.R.Q., c. M-35.1.3)*

Loi sur la protection de la jeunesse *(L.R.Q., c. P-34.1)*

Loi sur la protection des personnes dont l'état mental présente un danger pour elles-mêmes ou pour autrui *(L.R.Q., c. P-38.001)*

Loi sur la Régie de l'assurance maladie du Québec *(L.R.Q., c. R-5)*

Loi sur la santé publique *(L.R.Q., c. S-2.2)*

Loi sur les services de santé et les services sociaux *(L.R.Q., c. S-4.2)*

Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les autochtones cris *(L.R.Q., c. S-5)*

Loi sur les services préhospitaliers d'urgence *(L.R.Q., c. S-6.2)*

Loi sur le tabac *(L.R.Q., c. T-0.01)*

Loi concernant les unités de négociation dans le secteur des affaires sociales *(L.R.Q., c. U-0.1)*

Annexe II

L'organigramme du ministère de la Santé et des Services sociaux

Cabinet du ministre
Vincent Lehouillier
Office des personnes handicapées du Québec
Céline Giroux
Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise
Marjorie Goodfellow
Conseil du médicament
Marc Desmarais
Direction générale du Conseil du médicament
Lucie Robitaille
Urgences santé
Nicola D'Ulisse*
Bureau des projets CHUM**, CUSM** et CHU Sainte-Justine
Clermont Gignac
Directeur exécutif
Comité pour la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles
Mercedes Orellana
Direction des communications
Daniel Gaudreau
Service des communications et des relations avec les citoyens
Odette Lépine
Service des affaires publiques et des campagnes sociétales
Marie-Claude Gagnon
Service des stratégies de communication
Mélanie Drainville
Direction des affaires juridiques
Judith Sauvé
Personnel réseau et ministériel
Michel Delamarre
Sous-ministre adjoint
Coordination, financement, immobilisations et budget
Lise Verreault
Sous-ministre adjointe
Technologies de l'information
Bernard Lefrançois
Sous-ministre adjoint
Direction des services médicaux généraux et préhospitaliers et traumatologie
Jeannine Auger
Direction adjointe des services de traumatologie
Daniel Leftançois
Direction adjointe des services préhospitaliers
Daniel Leftançois
Direction des ressources humaines
Claude Tremblay
Direction des professionnels de la santé
André Bergevin
Direction adjointe des professionnels de la santé
Nicole Lefebvre
Direction générale adjointe des relations de travail du personnel d'encadrement et du personnel salarié
Edith Lapointe
Direction des relations de travail du personnel salarié
Alexandre Hubert
Direction des relations de travail du personnel d'encadrement
Alexandre Hubert*
Direction de l'analyse et du soutien informationnel
Serge Blanchette
Direction adjointe de l'analyse et du soutien informationnel
Marie-Pierre Legault
Direction de la planification de la main d'œuvre et du soutien au changement
Gilles Le Beau
Direction des soins infirmiers
Michel Delamarre*
Direction générale adjointe du budget
Claude Ouellet
Direction de l'allocation des ressources
Yves Marchand
Direction de la planification budgétaire et des opérations comptables
André Bolduc
Direction des opérations budgétaires réseau
Stephen Mathieu
Direction du suivi financier
Guylaine Lajoie
Direction des ressources matérielles
François Lamarre
Direction des investissements
John Gauvreau
Service des investissements et du financement
Sylvain Périgny*
Service des activités de soutien et du partenariat
Denis Giguère
Direction des politiques et des systèmes financiers
Claude Ouellet*
Orientations et stratégies de financement
Vacant
Service des systèmes budgétaires et financiers
Suzanne Jean
Service des normes et des pratiques de gestion
Pierre Martin
Direction de la gestion intégrée de l'information
Alain Saucier
Service de développement de l'information
Gilles Pelletier
Service de l'administration des banques de données
André Lévesque
Direction générale adjointe aux ententes de gestion
Pierre Lallamme
Secrétariat à l'accès aux services en langue anglaise et aux communautés culturelles
Ronald McNeil*
Affaires autochtones, ethnoculturelles et enjeux nordiques
Nathalie Rosebush
Direction des relations institutionnelles
Gilles Patry
Service des ententes de gestion
Gilles Patry
Service des activités de sécurité civile
Gilles Patry
Affaires corporatives et institutionnelles
Annick Leblanc
Direction générale adjointe des projets (DSQ)
Marc Vézina
Direction de la gestion du portefeuille de projet
Danielle Lavoie
Direction des relations d'affaires avec les clientèles
Clermont Saucier
Direction des relations avec les partenaires et les mandataires
Marc Pepin
Direction de la sécurité des technologies de l'information
Sonia Roy
Direction des services financiers et administratifs
Philippe Moss
Direction du soutien ministériel et des infrastructures communes
Michel Rochette
31 mars 2010
DIRECTION
SERVICE
Situation de gestion
par intérim
Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM)
Centre universitaire de santé McGill (CUSM)

Annexe III

Les organismes placés sous la responsabilité du ministre de la Santé et des Services sociaux

Cette annexe présente les coordonnées des quinze organismes placés sous la responsabilité du ministre ainsi que le rapport d'activité 2009-2010 de trois d'entre eux.

Bureau de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal – Centre hospitalier de l'Université de Montréal, Centre universitaire de santé McGill, Centre hospitalier universitaire Sainte-Justine

Directeur exécutif : M. Clermont Gignac

2021, avenue Union, bureau 10.049
Montréal (Québec) H3A 2S9
Téléphone : 514 873-9289
Site Web : www.construction3chu.msss.gouv.qc.ca

Cet organisme a pour mission d'assurer le respect des balises quant aux programmes, au budget, au règlement et aux délais fixées par le gouvernement pour la réalisation des projets de modernisation du Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM), du Centre universitaire de santé McGill (CUSM) et du Centre hospitalier universitaire (CHU) Sainte-Justine.

L'organisme assure un leadership d'expertise en gestion de projet auprès de ces trois institutions, qui restent les maîtres d'œuvre de leurs projets. Le Bureau de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal (Bureau du directeur exécutif) exerce une gouvernance rigoureuse et transparente afin de réduire les risques inhérents aux grands projets complexes. Son rôle consiste aussi à optimiser la valeur des installations ainsi que le cycle de vie des équipements et des actifs immobiliers, et ce, dans la perspective d'obtenir les meilleures retombées d'un développement économique durable.

La gouvernance

La structure de gouvernance a été établie en collaboration avec les principaux acteurs aux dossiers, soit les CHU de Montréal et Infrastructure Québec (qui a succédé à l'Agence des partenariats public-privé). Entérinée par les autorités gouvernementales, cette structure de gouvernance permet d'appliquer une méthode rigoureuse de gestion de projet. Les rôles, les responsabilités et les sphères d'imputabilité des parties prenantes sont clairement définis. Voici les principales composantes de cette structure :

- le comité ministériel de suivi des projets de modernisation, composé de cinq membres qui veillent aux intérêts du gouvernement du Québec ;
- le directeur exécutif (DE) et son équipe de gestion de projet, qui veillent au respect des grands paramètres des projets ;
- les centres hospitaliers universitaires et Infrastructure Québec, qui, respectivement à titre de maîtres d'ouvrage et de responsable du processus d'approvisionnement pour les composantes basées sur un partenariat public-privé, ont signé des ententes-cadres de gouvernance avec le directeur exécutif.

Le suivi régulier des projets est assuré, entre autres, par des rencontres statutaires organisées à plusieurs niveaux par le Bureau du directeur exécutif. De nombreux outils de contrôle ont également été créés afin que la portée des projets, les coûts et les échéanciers soient arrimés. Une surveillance constante est ainsi effectuée, ce qui permet notamment d'accepter ou de refuser les changements proposés en cours de processus.

Des étapes décisives dans deux projets

Une étape importante a été franchie avec succès dans deux des projets de modernisation des CHU montréalais en 2009-2010 : la sélection des partenaires privés dans les projets du Centre de recherche du CHUM et du campus Glen du CUSM.

À l'automne 2009, les consortiums impliqués dans ces deux projets ont déposé des propositions architecturales et techniques conformes, mais dont les superficies brutes excédaient le nombre de mètres carrés requis. Comme les propositions financières dépassaient les critères d'abordabilité autorisés, la décision a été prise, le 10 janvier 2010, de prolonger de 60 jours la période d'appel des propositions afin de permettre aux CHU et à leurs soumissionnaires de trouver des façons de réduire les coûts de leurs propositions sans modifier les plans cliniques ni les programmes fonctionnels. À la mi-mars, les nouvelles propositions financières déposées étaient jugées recevables puisque les critères d'abordabilité révisés étaient respectés.

À la fin de l'année financière 2009-2010, ces deux projets étaient donc plus près que jamais du début effectif des travaux. Au Centre de recherche du CHUM, cette importante étape a été franchie en avril alors qu'au CUSM, les travaux ont débuté en mai 2010. La création d'emplois, pour la durée des travaux de construction, est respectivement de 3 000 et de 10 000 emplois, en nombre d'années-personnes.

Les deux projets finaux respectent intégralement les plans cliniques et les programmes fonctionnels acceptés par le Ministère en 2007. Les superficies nettes prévues dans les devis de performance sont également respectées. Sur le plan technique, les projets ont été réajustés pour coller davantage aux paramètres du Guide de performance de calibre international qui avait été conçu, en 2006-2007, en collaboration avec les CHU et la Corporation d'hébergement du Québec.

Le Centre de recherche du CHUM disposera de 69 000 mètres carrés, répartis dans deux bâtiments situés sur les rues Viger et Saint-Antoine, de part et d'autre de l'autoroute Ville-Marie. Les travaux seront complétés à la fin de l'année 2013. Les locaux pourront abriter 110 équipes de recherche. L'aile sud, sur la rue Saint-Antoine, logera également les locaux administratifs du CHUM.

Le campus Glen du CUSM sera quant à lui composé de 5 bâtiments, liés par des agoras, qui comprendront 500 chambres, le centre de recherche et des locaux pour l'enseignement. En excluant le stationnement de 2 700 places, la superficie totale est de 209 000 mètres carrés. La construction devrait se terminer en 2014 et les nouveaux locaux devraient être occupés en 2015.

CHUM : dernière année de planification

En ce qui concerne la partie hospitalière du projet du CHUM, la période de planification s'achève. L'appel de propositions a été lancé en mars 2009. Tout au long de l'année 2009-2010, des centaines d'heures d'atelier ont permis aux deux consortiums qualifiés de s'approprier le contenu du projet. Selon les prévisions, le CHUM comptera 772 lits et 39 salles d'opération, et il offrira des soins en fonction de 35 spécialités médicales.

Les propositions techniques et financières devraient être déposées à l'automne 2010. Le partenaire sera choisi par la suite et les travaux devraient débuter au printemps 2011. Deux phases de construction seront nécessaires pour mener le projet à terme, en 2018.

Les autres projets

En 2009-2010, le travail de planification en vue du redéploiement du campus de la Montagne, l'autre volet du projet du CUSM, s'est poursuivi. Le processus décisionnel tire à sa fin et les travaux de conception commenceront en 2010.

Pour ce qui est du projet *Grandir en santé* du CHU Sainte-Justine, le travail de planification a été complété à la fin de l'année financière 2009-2010 par le dépôt des recommandations quant à la portée, au mode d'approvisionnement et aux étapes des travaux de la partie principale des projets. Les travaux de conception devraient commencer à l'automne 2010. En novembre 2009, l'Unité de néonatologie, deuxième phase du projet, a été inaugurée. Elle avait été précédée du Centre de cancérologie, inauguré en septembre 2007.

Le Bureau du directeur exécutif en est donc rendu à une étape charnière de son cheminement, alors qu'il doit maintenant assurer le suivi de la réalisation des travaux puisque la phase de planification se termine. Les plans cliniques, les programmes fonctionnels et techniques ainsi que les budgets de fonctionnement initiaux de ces trois grands projets ont tous été déterminés, à quelques détails près. Le suivi des risques, des opportunités et des changements occupera maintenant une bonne partie du temps de l'équipe de 19 personnes, en incluant le personnel de soutien.

Comité pour la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles

Présidente : M^me^ Mercedes Orellana

2021, avenue Union, bureau 840
Montréal (Québec) H3A 2S9
Téléphone : 514 873-2292

Le mandat et la composition du Comité

Le mandat du Comité pour la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes issues des communautés ethnoculturelles est, comme son nom l'indique, de donner des avis au ministre sur la façon dont les services de santé et les services sociaux sont fournis aux personnes appartenant à l'une ou l'autre des communautés ethnoculturelles.

En 2009-2010, M^me^ Mercedes Orellana a été élue présidente du Comité et M^me^ Nathalie Lecoq en a été élue vice-présidente. Les membres du Comité avaient été nommés par le ministre, M. Yves Bolduc, le 17 décembre 2008.

Les activités du Comité

Le Comité a tenu quatre séances et ses membres se sont penchés sur plusieurs dossiers au cours de l'année 2009-2010. La volonté des membres du Comité de mener une consultation auprès des partenaires du réseau afin de formuler des recommandations au ministre et d'établir un plan de travail pour les prochaines années s'est traduite par le dépôt du plan d'un forum intitulé « Québec pluriethnique en santé : Forum sur l'accessibilité et la qualité des services de santé et des services sociaux pour les personnes immigrantes, réfugiées et celles issues de communautés ethnoculturelles ».

Le projet de loi n° 16 – Loi favorisant l'action de l'Administration à l'égard de la diversité culturelle – prévoyait que les agences de la santé et des services sociaux élaborent une politique de gestion de la diversité. En conséquence, un rôle prédominant a été attribué aux agences dans l'organisation du forum. Un questionnaire a été préparé à leur intention avec l'objectif de tracer un portrait de la situation, dans chaque région administrative, concernant la prestation des services de santé et des services sociaux pour ces groupes de population. Les membres du Comité ont également formulé un avis sur ce projet de loi.

De plus, les membres du Comité assurent, à l'égard de l'éventuelle adoption d'une politique sur le recours aux services d'interprétariat dans le réseau québécois de la santé et des services sociaux, le suivi auprès des instances concernées du Ministère. Ils ont également assuré le suivi des mesures de vaccination contre la grippe A(H1N1) destinées aux membres des communautés culturelles ainsi que celui des activités ministérielles liées au plan d'action gouvernemental contre le racisme et la discrimination.

Le code d'éthique et de déontologie

Du 1er avril 2009 au 31 mars 2010, aucun incident ni aucune transgression du Code d'éthique et de déontologie du Comité n'ont été constatés, et aucune mesure disciplinaire ni aucune sanction n'ont été appliquées. Ce code, adopté en 2006, est présentement en révision.

Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise

Présidente : Mme Marjorie Goodfellow

2021, avenue Union, bureau 840
Montréal (Québec) H3A 2S9
Téléphone : 514 873-2292

Le mandat et la composition du Comité

Le Comité provincial pour la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise est chargé de donner son avis au gouvernement sur :

- la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise ;
- l'approbation, l'évaluation et la modification par le gouvernement de chaque programme d'accès élaboré par une agence de la santé et des services sociaux, conformément à l'article 348 de la Loi sur les services de santé et les services sociaux.

Les membres du Comité ont été nommés le 12 septembre 2007 et la durée de leur mandat est de trois ans, renouvelable une seule fois. Mme Marjorie Goodfellow a continué d'agir à titre de présidente du Comité et M. Michael Udy, à titre de vice-président.

Les activités des membres du Comité

Du 1er avril 2009 au 31 mars 2010, les membres du Comité se sont rencontrés à dix reprises. Ils ont procédé avec diligence à l'analyse de la situation concernant la prestation des services de santé et des services sociaux en langue anglaise sur la Basse-Côte-Nord et à l'étude des documents en rapport avec le Programme de contribution pour les langues officielles en santé.

Consultation sur la Basse-Côte-Nord

Dans le cadre d'une consultation effectuée sur le territoire de la Basse-Côte-Nord en août 2009, des membres du Comité ont visité les installations sociosanitaires de Blanc-Sablon et de Rivière-Saint-Paul. Plus de 25 interlocuteurs (citoyens, usagers, prestataires de services et gestionnaires) ont été entendus à l'occasion de diverses rencontres et des audiences publiques. Un avis a été déposé auprès du ministre, M. Yves Bolduc, le 11 janvier 2010. Il contient 32 recommandations touchant différents volets de la prestation des services en langue anglaise sur ce territoire.

Programme de contribution pour les langues officielles en santé

L'an dernier, le Comité avait reçu favorablement l'appui du ministre concernant le renouvellement des investissements dans le cadre du Programme de contribution du gouvernement fédéral pour les langues officielles en santé. Au cours de l'année 2009-2010, le Comité provincial a suivi de près l'élaboration de deux cadres de mise en œuvre signés par le Ministère et les deux mandataires de Santé Canada dans ce dossier, soit le Réseau communautaire de santé et de services sociaux et l'Université McGill.

Tel que le ministre l'a souhaité, le Comité provincial a donné son avis sur les requêtes que les deux mandataires ont adressées à Santé Canada. Il a également donné son avis sur le prospectus préparé par le Réseau communautaire de santé et de services sociaux au sujet de l'appel de projets ainsi que sur chaque projet soumis à celui-ci par les agences de la santé et des services sociaux. Le Comité s'apprête à entreprendre la même démarche relativement à l'appel de projets de l'Université McGill.

En cours d'année, le Comité a adressé au ministre des avis sur les sujets suivants :

- les propositions du Réseau communautaire de santé et de services sociaux soumises dans le cadre du Programme de contribution pour les langues officielles en santé, volet projets de santé pour des communautés de langues officielles en situation minoritaire ;
- le projet de formulaire pour les demandes s'adressant aux agences dans le cadre du Programme de contribution pour les langues officielles en santé, « Adaptation des services de santé et des services sociaux », proposé par le Réseau communautaire de santé et de services sociaux ainsi que le Guide pour la préparation des projets ;
- la requête de l'Université McGill déposée à Santé Canada dans le cadre du Programme de contribution pour les langues officielles en santé, laquelle concerne la formation et le maintien en poste des professionnels de la santé ;
- les projets soumis au Ministère par les agences de la santé et des services sociaux dans le cadre du Programme de contribution pour les langues officielles en santé, volet adaptation des services ;
- l'amélioration de la prestation des services de santé et des services sociaux aux personnes d'expression anglaise de la Basse-Côte-Nord ;
- les modifications à la gouverne des établissements de santé et de services sociaux.

Le code d'éthique et de déontologie

Aucun incident ni aucune transgression au Code d'éthique et de déontologie, adopté en 2006, n'ont été constatés pendant l'année 2009-2010, et aucune mesure disciplinaire ni aucune sanction n'ont été appliquées.

Conformément à l'article 9 du Code, tous les membres du Comité ayant un lien quelconque avec le Réseau communautaire de santé et de services sociaux ou avec l'Université McGill se sont retirés des discussions et n'ont pas participé à la prise des décisions du Comité concernant les avis formulés à l'égard de ces deux organismes dans le cadre du Programme de contribution pour les langues officielles en santé.

Agence d'évaluation des technologies et des modes d'intervention en santé

Président-directeur général : Dr Juan Roberto Iglesias

2021, avenue Union, bureau 10.083
Montréal (Québec) H3A 2S9
Téléphone : 514 873-2563
Site Web : www.aetmis.gouv.qc.ca

Comité central d'éthique de la recherche

Président : Dr Serge D. Gauthier

500, rue Sherbrooke Ouest, bureau 800
Montréal (Québec) H3A 3C6
Téléphone : 514 873-2114
Site Web : www.ethique.msss.gouv.qc.ca/site/ccer.phtml

Comité d'éthique de santé publique

Président : M. Daniel Weinstock

201, boulevard Crémazie Est, bureau RC-03
Montréal (Québec) H2M 1L2
Courriel : cesp@msss.gouv.qc.ca

Comité d'hémovigilance

Président : M. Daniel Tremblay

1075, chemin Sainte-Foy, 9e étage
Québec (Québec) G1S 2M1
Site Web : www.msss.gouv.qc.ca/hemovigilance

Commissaire à la santé et au bien-être

Commissaire : M. Robert Salois

1020, route de l'Église, bureau 700
Québec (Québec) G1V 3V9
Téléphone : 418 643-3040
Site Web : www.csbe.gouv.qc.ca

Conseil du médicament

Président : M. Marc Desmarais

1195, avenue Lavigerie, bureau 100
Québec (Québec) G1V 4N3
Téléphone : 418 644-8103
Site Web : www.cdm.gouv.qc.ca

Corporation d'hébergement du Québec

Président-directeur général : M. Michel Gagnon

2535, boulevard Laurier, 5e étage
Québec (Québec) G1V 4M3
Téléphone : 418 644-3600
Site Web : www.chq.gouv.qc.ca

Héma-Québec

Présidente et chef de la direction : Mme Francine Décary

4045, boulevard de la Côte-Vertu
Montréal (Québec) H4R 2W7
Téléphone : 514 832-5000 ou 1 888 666-4362
Site Web : www.hema-quebec.qc.ca

Institut national de santé publique du Québec

Président-directeur général : M. Luc Boileau

945, avenue Wolfe
Québec (Québec) G1V 5B3
Téléphone : 418 650-5115
Site Web : www.inspq.qc.ca

Office des personnes handicapées du Québec

Directrice générale : Mme Céline Giroux

309, rue Brock
Drummondville (Québec) J2B 1C5
Téléphone : 1 800 567-1465
Téléscripteur : 1 800 567-1477
Site Web : www.ophq.gouv.qc.ca

Régie de l'assurance maladie du Québec

Président-directeur général : M. Marc Giroux

1125, Grande Allée Ouest
Québec (Québec) G1S 1E7
Téléphone : 1 800 561-9749
Site Web : www.ramq.gouv.qc.ca

Urgences-santé

Président-directeur général : M. Nicola D'Ulisse

3232, rue Bélanger
Montréal (Québec) H1Y 3H5
Téléphone : 514 723-5600
Site Web : www.urgences-sante.qc.ca

Annexe IV

Le bilan de la réalisation du Plan stratégique 2005-2010

Le présent bilan porte sur l'ensemble des engagements pris par le Ministère dans son plan stratégique couvrant la période 2005-2010. Les objectifs et les indicateurs y sont énoncés selon leur plus récente formulation. À moins d'indication contraire, les résultats portent sur l'exercice financier 2009-2010[1].

ENJEU

1. Le développement d'actions efficaces en amont des problèmes

Orientation : Améliorer la santé et le bien-être de la population par une action efficace en promotion, en prévention et en protection

Objectifs	Indicateurs	Résultats
Poursuivre l'implantation des activités prévues au *Programme national de santé publique 2003-2012*	Proportion des activités du *Programme national de santé publique 2003-2012* implantées	Dernière évaluation : 66 % des activités étaient implantées en 2008-2009 Mise à jour du programme effectuée en 2008.
Élaborer et implanter une stratégie de soutien à l'action intersectorielle, notamment en matière : • de sécurité et de transport • d'alimentation et d'activité physique • d'agriculture et environnement • de lutte aux inégalités	Dépôt de la stratégie de soutien à l'action intersectorielle en 2007	Diffusion en octobre 2006 et mise en œuvre du *Plan d'action gouvernemental de promotion des saines habitudes de vie et de prévention des problèmes reliés au poids 2006-2012* Consolidation du processus d'évaluation d'impact sur la santé des politiques adoptées dans les différents secteurs d'activité gouvernementaux
Élaborer et mettre en place un plan d'intervention en cas de pandémie	Adoption et mise en place du plan ministériel en 2005	Diffusion du *Plan québécois de lutte à une pandémie d'influenza* en mars 2006
Poursuivre la mise en œuvre du Programme d'immunisation du Québec et du Système d'information vaccinal	Taux de couverture vaccinale	Le Système d'information vaccinal sera déployé dans le cadre du projet PANORAMA qui porte sur le développement d'un système de surveillance des maladies infectieuses (projet en lien avec le Dossier de santé du Québec)
Rejoindre les clientèles vulnérables au regard du VIH/sida, du virus de l'hépatite C et des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) par les CSSS mission CLSC	Nombre d'activités de dépistage des ITSS réalisées dans et hors les murs des SIDEP	15 870 activités de dépistage – voir annexe V
	Nombre d'interventions de vaccination réalisées dans et hors les murs des SIDEP	6 092 interventions de vaccination – voir annexe V

1. Voir l'annexe V pour connaître l'évolution des résultats de certains des objectifs au cours de la période 2005-2010.

2. L'adaptation de l'organisation des services afin d'assurer une meilleure accessibilité et une plus grande continuité des services, particulièrement pour les clientèles les plus vulnérables

Orientation : Améliorer l'accès aux services généraux de première ligne et réduire l'encombrement des urgences

Objectifs	Indicateurs	Résultats
Assurer à la population l'accès à un médecin de famille, notamment par la mise en place de l'équivalent de 300 groupes de médecine de famille (GMF)	Nombre total de GMF implantés	209 GMF – voir annexe V
	Nombre total de cliniques-réseau implantées	44 cliniques-réseau – voir annexe V
	Pourcentage de la population inscrite en GMF au 31 mars	30 % – voir annexe V
Améliorer l'accès, dans chaque territoire local, aux services infirmiers et psychosociaux généraux en : • augmentant le nombre de personnes desservies • offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services	Soins infirmiers : Nombre de personnes desservies Nombre moyen d'interventions par personne	 528 061 personnes 2,91 interventions
	Services psychosociaux : Nombre de personnes desservies Nombre moyen d'interventions par personne	 65 809 personnes 3,69 interventions
Garantir, en tout temps et à toute la population, un accès aux services d'information et de conseils, de référence et d'orientation par Info-Santé 24/7, dans un délai de moins de 4 minutes	Proportion d'appels traités régionalement par Info-Santé dans un délai de moins de 4 minutes	58 % des appels
	Taux d'utilisation/1 000 habitants	285/1 000 habitants
Assurer, dans tous les territoires locaux, une garde 24/7 en soins infirmiers et en services sociaux	Proportion de territoires locaux ayant une garde 24/7 en soins infirmiers et en services sociaux	Aucun système d'information ne permet de compiler ces données
Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence : • séjour moyen sur civière à l'urgence de 12 heures et moins • 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur civière à l'urgence	Séjour moyen sur civière	17,6 heures – voir annexe V
	Pourcentage des séjours de 48 heures et plus sur une civière à l'urgence	7,2 % – voir annexe V

Orientation : Améliorer l'accès aux services de chirurgie en vue de réduire les listes d'attente

Objectifs	Indicateurs	Résultats
Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une :	Pourcentage de patients qui ont été opérés à l'intérieur de 6 mois :	
• chirurgie de la cataracte	• chirurgie de la cataracte	96 %
• arthroplastie de la hanche	• arthroplastie de la hanche	88 %
• arthroplastie du genou	• arthroplastie du genou	85 %
• chirurgie avec hospitalisation	• chirurgie avec hospitalisation	94 %
• chirurgie d'un jour	• chirurgie d'un jour	91 %

Orientation : **Offrir un continuum de services pour la lutte contre le cancer et pour les personnes atteintes de maladies chroniques**

Objectifs	Indicateurs	Résultats
Implanter des services de promotion de saines habitudes de vie et de prévention des maladies chroniques	Proportion de territoires locaux où sont offerts ces services	92,7 %
Poursuivre la mise en œuvre du Plan québécois de lutte contre le tabagisme	Bilan des activités liées à la révision et à la mise à jour de la Loi sur le tabac	Bilan réalisé en 2006-2007
	Nombre de fumeurs qui ont reçu des services de cessation par la ligne téléphonique 1-800	17 868 fumeurs
	Nombre de fumeurs qui ont reçu des services de cessation dans des centres d'abandon du tabagisme	Individuel : 5 578 En groupe : 1 000
Consolider le Programme québécois de dépistage du cancer du sein	Taux de participation au programme	56,4 % des femmes âgées de 50 à 69 ans – voir annexe V
	Proportion des centres désignés ayant mis en place les mesures prévues pour assurer la qualité des services	Aucun système d'information ne permet de compiler ces données
Poursuivre l'implantation, dans les territoires locaux, de services d'enseignement, d'autogestion et de suivi pour les patients atteints d'une maladie pulmonaire obstructive chronique	Proportion de territoires locaux où sont implantés ces services	Aucun système d'information ne permet de compiler ces données
Assurer la disponibilité des équipes interdisciplinaires locales, régionales et suprarégionales de lutte contre le cancer	Nombre d'équipes interdisciplinaires locales, régionales et suprarégionales visitées et évaluées	70 équipes locales 10 équipes régionales 75 équipes suprarégionales – voir annexe V
Assurer la capacité d'intervention des services spécialisés en radiothérapie en fonction du délai établi de 4 semaines	Proportion de patients traités à l'intérieur de 4 semaines	99 % (moyenne des 4 semaines de la période 13) – voir annexe V
Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en cardiologie tertiaire :	Pourcentage de patients de la catégorie traités à l'intérieur des délais établis	Voir annexe V
• Hémodynamie	Catégorie A Catégorie B	91,9 % 90,9 %
• Chirurgie cardiaque	Catégorie A Catégorie B	82,1 % 74,4 %
• Électrophysiologie	Catégorie A Catégorie B	75,3 % 38,9 %
Accroître l'accès aux services de soins palliatifs en :		
• augmentant le nombre de personnes desservies à domicile	Nombre de personnes desservies à domicile	18 860 personnes – voir annexe V
• augmentant l'intensité des services	Nombre moyen d'interventions à domicile par personne	19,4 interventions – voir annexe V
• augmentant le nombre de lits	Nombre de lits dédiés aux soins palliatifs par type de site de prestation	L'objectif ne correspond plus à la vision du Ministère concernant les soins palliatifs

Orientation : **Permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie de demeurer le plus longtemps possible dans leur communauté**

Objectifs	Indicateurs	Résultats
Implanter les services de prévention des chutes destinés aux personnes âgées vivant à domicile dans tous les territoires locaux tels que définis dans le cadre de référence ministériel	Proportion de territoires locaux où sont implantés ces services	90 territoires sur 96 soit 93,8 %, incluant le territoire du Nord-du-Québec
Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile en : • augmentant à 16 % la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie desservies dans la communauté	Nombre de personnes desservies	174 959 personnes, soit 15 % de la population âgée de 65 ans et plus – voir annexe V
• offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services de 15 % (soit 24 interventions en 2010)	Nombre moyen d'interventions par personne	29,4 interventions, soit une augmentation de 27 % de l'intensité des services offerts aux usagers – voir annexe V
Poursuivre le déploiement de formules résidentielles adaptées, dans la communauté et à caractère non institutionnel avec, entre autres, la collaboration du milieu privé et du milieu municipal	Nombre de places accessibles	579 places
Rehausser les soins et les services pour les personnes actuellement hébergées en centre d'hébergement et de soins de longue durée en augmentant les heures travaillées en : • soins infirmiers et d'assistance à un niveau de 3 heures travaillées par jour-présence en 2010	Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en soins infirmiers et d'assistance	3,14 heures
• services professionnels pour atteindre 0,23 heure travaillée par jour-présence en 2010 (nutrition clinique, pharmacie, physiothérapie, ergothérapie, etc.)	Nombre moyen d'heures travaillées par jour-présence en services professionnels	0,23 heure
Construire ou réaménager environ 3 000 places d'hébergement en collaboration avec le secteur privé	Nombre de places créées ou réaménagées	2 721 places d'hébergement créées ou réaménagées (RTF-RI, établissements privés conventionnés) Conclusion d'une entente de partenariat public-privé en avril 2009 pour la réalisation de 200 places d'hébergement (141 nouvelles places et 59 relocalisations)
Poursuivre la démarche d'appréciation de la qualité des services par les visites en centre d'hébergement et de soins de longue durée pour : • que 60 % des installations soient visitées d'ici 2010, ce qui suppose une moyenne de 10 % des installations par année	Pourcentage d'installations visitées	345 installations sur 468, soit 74 %
• que 70 % des installations visitées aient mis en œuvre, en totalité, en très grande partie ou en grande partie, les orientations ministérielles	Pourcentage d'installations ayant mis en œuvre, en totalité, en très grande partie ou en grande partie, les orientations ministérielles	178 installations, soit 60 %
• que chaque installation ait atteint, en totalité, en très grande partie ou en grande partie, 70 % et plus des objectifs définis dans le plan de correctifs convenu avec l'agence, suite au dépôt du rapport d'appréciation	Pourcentage d'installations ayant donné suite, en totalité, en très grande partie ou en grande partie, à 70 % et plus des recommandations émises	249 installations, soit 84 %

Orientation : **Intervenir de façon précoce, intensive et en continuité, le plus près possible des milieux de vie, afin de prévenir l'aggravation et la récurrence des problèmes d'adaptation sociale des jeunes et des familles**

Objectifs	Indicateurs	Résultats
Améliorer l'accès aux services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance à l'intention des familles vivant dans un contexte de vulnérabilité, en s'assurant, en 2010 :		
• de joindre 80 % des femmes ayant accouché et répondant aux critères d'admissibilité à ces services[2]	Proportion de femmes visées rejointes	68,6 %
• d'avoir réalisé le nombre d'interventions requis en périodes prénatale et postnatale auprès des femmes rejointes	Nombre moyen de visites à domicile par semaine réalisées	Non-disponibilité des données Indicateur en expérimentation
Implanter l'approche École en santé dans les écoles, et ce, en partenariat avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires de la communauté	Proportion d'agences qui se sont dotées d'un plan de déploiement de l'approche École en santé	93,8 %, soit 15 sur 16 agences en 2006-2007
	Proportion de territoires locaux qui se sont dotés d'un plan de déploiement de l'approche École en santé	91,7 % des territoires locaux en 2006-2007
	Nombre d'écoles où est implantée l'approche École en santé	1 025 écoles sur 2 944, soit 35 % en 2008-2009 – voir annexe V Résultats non inscrits de façon systématique par les régions suite aux modifications apportées dans la saisie des données en 2009-2010
Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux :		
• desservir les jeunes qui le requièrent ainsi que leur famille par les services psychosociaux en rejoignant 7,50 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans en 2010	Proportion de jeunes rejoints	118 425 soit, 7,8 % des jeunes – voir annexe V
• accroître le nombre d'interventions auprès des jeunes et de leur famille en offrant en moyenne 7 interventions, par année, par usager	Nombre moyen d'interventions par jeune	7,13 interventions – voir annexe V
Intensifier la détection, l'évaluation et la référence des jeunes présentant un problème de toxicomanie pour l'ensemble des régions du Québec	Nombre de jeunes ayant été détectés, évalués et référés par un mécanisme d'accès	Objectif atteint en 2007-2008 : 4 759 jeunes
Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesse, offerts en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) et de la Loi sur le système de justice pénale pour les adolescents (LSJPA), en :		
• 12 jours calendrier pour les services d'évaluation (LPJ)	Délai moyen d'attente à l'évaluation en protection de la jeunesse	15,4 jours calendrier en 2009-2010 – voir annexe V
• 30 jours calendrier pour l'application des mesures (LPJ)	Délai moyen d'attente à l'application des mesures en protection de la jeunesse	12,0 jours calendrier en 2009-2010 – voir annexe V
• 14 jours calendrier entre l'ordonnance et la prise en charge (LSJPA)	Délai moyen entre l'ordonnance et la prise en charge par le délégué à la jeunesse en vertu de la LSJPA	12,1 jours calendrier en 2009-2010
Améliorer progressivement l'accessibilité des services spécialisés en toxicomanie pour les jeunes de 12 à 17 ans	Nombre de jeunes traités	Non-disponibilité des données. Le système d'information clientèle pour les services de réadaptation en dépendances (SIC-SRD) n'est pas implanté dans tous les établissements de réadaptation

2. L'objectif initial était de joindre 90 % des jeunes femmes enceintes et des mères âgées de moins de 20 ans ainsi que 75 % des femmes enceintes et des mères âgées de 20 ans et plus, sous scolarisées et vivant sous le seuil de la pauvreté.

Orientation : **Traiter et soutenir efficacement les jeunes et les adultes ayant un trouble mental ainsi que les personnes présentant un trouble suicidaire**

Objectifs	Indicateurs	Résultats
Implanter des interventions globales de prévention du suicide, incluant la réduction des risques et l'établissement de réseaux de sentinelles	Nombre et proportion de territoires locaux où sont formées des sentinelles	57 territoires sur 84, soit 68 % (non-disponibilité des données d'une région, ce qui représente 12 territoires locaux)
Assurer dans 100 % des CSSS l'établissement d'ententes et de mécanismes de liaison entre les services de réponse aux crises suicidaires et aux crises psychiatriques et les services de prise en charge dans la communauté	Proportion de territoires locaux couverts par des mécanismes de liaison	Aucun système d'information ne permet de compiler ces données
Rejoindre 1,6 % de la population âgée de moins de 18 ans et 1,8 % de la population adulte par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de première ligne offerts dans les CSSS, en complémentarité avec les ressources de première ligne existantes sur le territoire[3]	Nombre d'enfants et de jeunes (moins de 18 ans) ayant bénéficié de ces services	14 355, soit 1 % de la population âgée de moins de 18 ans – voir annexe V
	Nombre d'adultes (18 ans et plus) ayant bénéficié de ces services	58 012, soit 1 % de la population adulte – voir annexe V
Rendre accessible à la population des territoires locaux la gamme complète de services de crise, soit : • un service d'intervention téléphonique (accès 24 h/7 jours) • un service mobile d'intervention de crise • des places d'hébergement de crise • un suivi de crise à très court terme • un service d'urgence hospitalière	Proportion des CSSS rendant accessible la totalité de la gamme des services	Indicateur non développé au cours de la période d'application du *Plan stratégique 2005-2010*
	Taux d'adultes ayant reçu des services sur les lieux de la crise	Indicateur non développé au cours de la période d'application du *Plan stratégique 2005-2010*
Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les personnes ayant des troubles mentaux graves[4] : • en suivi intensif (56 places/100 000 habitants) • en soutien d'intensité variable (190 places/100 000 habitants)	Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu pour des adultes de 18 ans et plus, mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu des services	2 004 places, soit 27 places/100 000 habitants – voir annexe V
	Nombre de places en services de soutien d'intensité variable dans la communauté pour des adultes de 18 ans et plus, mesuré par le nombre moyen d'adultes qui ont reçu des services	3 998 places, soit 54 places/100 000 habitants – voir annexe V
Assurer l'accès à l'évaluation et au traitement en psychiatrie à l'intérieur d'un délai de 60 jours	Nombre d'usagers de moins de 18 ans dont le délai d'accès aux services de deuxième ou de troisième ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	1 999 usagers de moins de 18 ans – voir annexe V
	Nombre d'usagers de 18 ans et plus dont le délai d'accès aux services de deuxième ou de troisième ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	3 396 usagers de 18 ans et plus – voir annexe V

3. L'objectif initial était de rejoindre 2 % de la population âgée de moins de 18 ans et 2 % de la population adulte.
4. Les objectifs initiaux étaient de 70 personnes (places) par 100 000 habitants en suivi intensif et de 250 personnes (places) par 100 000 habitants en soutien d'intensité variable.

Orientation : Favoriser l'intégration et la participation sociales des personnes présentant une déficience

Objectifs	Indicateurs	Résultats
Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes présentant une déficience physique : • en augmentant le nombre de personnes desservies • en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services	Nombre de personnes desservies présentant une déficience physique	39 737 personnes – voir annexe V
	Nombre moyen d'interventions par personne présentant une déficience physique	30,6 interventions – voir annexe V
Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile destinés aux personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement : • en augmentant le nombre de personnes desservies • en offrant une réponse plus complète aux besoins des personnes, en augmentant l'intensité des services	Nombre de personnes desservies présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement	13 901 personnes – voir annexe V
	Nombre moyen d'interventions par personne présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement	10,8 interventions – voir annexe V
Améliorer l'accès à des services de soutien, pour les familles de personnes présentant une déficience physique, une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement en : • augmentant le nombre de personnes dont la famille reçoit des services de soutien par allocation directe • augmentant ou en maintenant, selon les régions, le nombre moyen d'heures de services consacrées à des mesures de soutien aux familles selon diverses modalités	Nombre de personnes présentant une déficience physique dont la famille reçoit des services de soutien pour le répit-gardiennage-dépannage par allocation directe	6 467 personnes
	Nombre de personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement dont la famille reçoit des services de soutien pour le répit-gardiennage-dépannage par allocation directe	13 160 personnes
	Nombre moyen d'heures de services consacrées par famille	Suite à une période d'expérimentation, l'indicateur n'a pas été retenu, car les résultats manquent de fiabilité et sont peu significatifs
Améliorer l'accès à des services spécialisés de réadaptation en déficience physique dans chacune des régions du Québec, avec l'intensité suffisante en : • augmentant de 12 % le nombre de personnes desservies • maintenant ou en augmentant, selon les régions, le nombre moyen d'heures de prestation de services par personne	Nombre de personnes desservies ayant une déficience physique	75 196 personnes, soit une augmentation de 20 % par rapport à 2004-2005
	Nombre moyen d'heures de prestation de services, tous âges et toutes déficiences confondus	Suite à une période d'expérimentation, l'indicateur n'a pas été retenu, car les résultats manquent de fiabilité et sont peu significatifs
Améliorer l'accès, avec l'intensité requise et selon l'évaluation des besoins, à des services spécialisés d'adaptation et d'intégration sociale pour les personnes présentant une déficience intellectuelle, en augmentant de 5 % le nombre de personnes desservies	Nombre de personnes différentes ayant reçu ces services	Aucun système d'information ne permet de compiler ces données
	Nombre moyen d'heures de prestation de ces services par personne	Aucun système d'information ne permet de compiler ces données
Améliorer l'accès à des services d'intervention comportementale intensive (ICI) d'un minimum de 20 heures par semaine pour les enfants de moins de 6 ans ayant un diagnostic de trouble envahissant du développement	Nombre d'enfants de moins de 6 ans ayant reçu un service d'ICI	Objectif atteint en 2007-2008 : 802 enfants
	Nombre moyen d'heures d'ICI, par semaine, par enfant	Les régions sont en mesure d'offrir 20 heures par semaine
Améliorer l'accès, avec l'intensité requise et selon l'évaluation des besoins, à des services spécialisés d'adaptation et d'intégration sociale pour les personnes ayant un trouble envahissant du développement	Nombre de personnes de 6 ans et plus recevant ces services[5]	Objectif atteint en 2007-2008 : 4 927 personnes
	Nombre moyen d'heures de prestation de services par personne	Indicateur non développé

5. Deux indicateurs étaient prévus au *Plan stratégique 2005-2010* : le nombre de jeunes de 6 à 21 ans et le nombre d'adultes de 22 ans et plus ayant reçu ces services.

Orientation : **Agir sur les difficultés d'adaptation sociale des personnes aux prises avec une dépendance**

Objectifs	Indicateurs	Résultats
Maintenir ou accroître progressivement, selon les territoires locaux, pour les personnes susceptibles de faire une demande de service, l'accès à un programme d'intervention brève en alcoolisme et toxicomanies (ex. : *Alcochoix +*)	Proportion de CSSS offrant ce programme	61 territoires locaux sur 95, soit 64 %
	Nombre de personnes rejointes par ce programme	Aucun système d'information ne permet de compiler ces données
Augmenter la proportion de la population adulte traitée par des services spécialisés en toxicomanie	Proportion d'adultes traités par ces services	Le système d'information clientèle pour les services de réadaptation en dépendances (SIC-SRD) n'a pas été implanté dans tous les établissements de réadaptation
Accroître l'accessibilité des services spécialisés en jeu pathologique dans l'ensemble des régions du Québec	Nombre de joueurs traités par ces services	4 622 personnes – voir annexe V

Orientation : **Assurer des services de santé et des services sociaux adaptés aux communautés crie et inuite**

Objectifs	Indicateurs	Résultats
Mettre en œuvre le Plan stratégique de santé et de bien-être du Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James, tel qu'il a été convenu dans l'entente intervenue entre le gouvernement du Québec et les Cris. À cet effet, il faut s'assurer que, chaque année, le Conseil produit son plan d'action annuel avec les indicateurs de résultats appropriés	Dépôt du plan d'action annuel	Plan d'action déposé chaque année
S'assurer que la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik dépose et adopte sa planification stratégique d'ici juin 2005	Adoption du plan stratégique	Adoption, par la Régie, de son plan stratégique 2005-2010 en janvier 2006
Mettre en œuvre la planification stratégique de la Régie du Nunavik en fonction des ressources mises à sa disposition. À cet effet, s'assurer que, chaque année, la Régie se dote d'un plan d'action annuel, avec les indicateurs de résultats appropriés	Dépôt du plan d'action annuel	Plan d'action non déposé

3. L'amélioration de la qualité des services ainsi que l'optimisation de l'utilisation des ressources qui soutiennent la dispensation des services

Orientation : **Améliorer la qualité et assurer la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux**

Objectifs	Indicateurs	Résultats
Mettre en place des mesures spécifiques, dans 100 % des établissements, pour assurer la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux	Proportion d'établissements où la formation sur le fonctionnement d'un comité sur la gestion des risques a été donnée[6]	94,5 % en 2006-2007
	Proportion d'établissements ayant mis en place un comité de gestion des risques et de la qualité	84 % en 2005-2006
	Proportion d'établissements ayant mis en place un registre local des incidents/accidents	89 % en 2005-2006
	Proportion d'établissements qui participent au système d'hémovigilance	83 établissements sur 85, soit 97,6 % en 2008-2009
	Proportion d'établissements dont le conseil d'administration a entériné un règlement de divulgation de tout accident survenu à un usager	85 % en 2005-2006
	Proportion d'établissements ayant sollicité l'agrément de leurs services par un organisme d'accréditation reconnu	95 % en 2007-2008
	Proportion de laboratoires où les normes et les standards cliniques sont appliqués	Les résultats concernant l'agrément des services des établissements s'appliquent également aux laboratoires de ces établissements
Réduire l'incidence moyenne annuelle des infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale	Taux d'infections nosocomiales liées aux bactéries, qui font l'objet d'un programme de surveillance provinciale	Taux de diarrhées associées au *Clostridium difficile* : 6,4/10 000 patients-jours – voir annexe V Souches de *Staphylococcus aureus* résistantes à la méthicilline : 19,9 % Bactériémies sur cathéters centraux/ 1 000 jours-cathéters : • Soins intensifs adultes universitaires : 2,0 • Soins intensifs adultes non universitaires : 6,8 • Soins intensifs pédiatriques : 2,6 • Soins intensifs néonatals : 5,6
	Proportion d'établissements ayant atteint le ratio d'infirmières ETC en prévention des infections nosocomiales	76 % des centres hospitaliers de soins généraux et 53 % des centres d'hébergement et de soins prolongés en 2008-2009 Non-disponibilité de données fiables en 2009-2010

6. Cet indicateur remplace celui inscrit au *Plan stratégique 2005-2010*, soit le nombre de séances d'information offertes sous l'égide du Groupe de vigilance pour la sécurité des soins.

Orientation : (*suite*) **Améliorer la qualité et assurer la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux**

Objectifs	Indicateurs	Résultats
Maintenir une bonne qualité de l'air intérieur en procédant, dans 100 % des établissements, à la mise en place d'un programme d'entretien préventif des systèmes de chauffage, ventilation et conditionnement d'air, d'un programme de surveillance des contaminants et d'un programme de formation du personnel (utilisateurs de produits de matières dangereuses)	Proportion d'établissements qui ont mis en place ces programmes	Indicateur non disponible pour l'ensemble de ces programmes. Toutefois, 100 % des établissements se sont dotés de plans de conservation d'immeuble couvrant les systèmes de chauffage, de ventilation et de conditionnement d'air
Concevoir un programme d'évaluation des services autres que cliniques dans une perspective de satisfaction de la clientèle, tels les services d'accueil, d'alimentation, de buanderie, d'entretien/salubrité des immeubles et d'entretien de l'infrastructure de l'immeuble	Dépôt du programme	Une priorité a été accordée à l'élaboration et à la mise en place de mesures en matière d'hygiène et de salubrité pour répondre à la problématique liée aux infections nosocomiales (objectif reporté)
Assurer que 100 % des établissements mettent en place un plan de conservation et de fonctionnalités immobilières	Proportion d'établissements qui ont mis en place un plan conforme	100 % en 2005-2006
Optimiser la sécurité de la transfusion et de la transplantation en atteignant un taux de 100 % de traçabilité des produits sanguins et en adoptant dans 100 % des établissements des protocoles cliniques d'utilisation des produits sanguins	Taux de traçabilité des produits sanguins	99,4 % en 2007-2008
	Proportion des établissements ayant fait adopter les protocoles cliniques d'utilisation des produits sanguins	L'adoption et le suivi des protocoles cliniques sont des activités médicales sous la responsabilité du conseil des médecins, dentistes et pharmaciens de chaque établissement. La reddition de comptes ne relève pas du Ministère

Orientation : **Favoriser l'intégration et la cohérence des actions en matière de médicaments afin d'assurer notamment la viabilité et la pérennité du Régime général d'assurance médicaments**

Objectifs	Indicateurs	Résultats
Adopter et mettre en œuvre une politique du médicament	Adoption de la politique du médicament en 2005-2006 et évolution de sa mise en œuvre	Publication de la *Politique du médicament* en février 2007. Orientations implantées : • Élargissement du nombre de personnes bénéficiant de la gratuité des médicaments, dans le cadre du régime public • Mise en œuvre d'un encadrement des hausses de prix • Établissement de nouvelles balises pour le prix des médicaments génériques • Réduction de la marge maximale des grossistes • Instauration d'un encadrement réglementaire des avantages que peuvent consentir les fabricants de médicaments et que sont autorisés à recevoir les pharmaciens propriétaires
Maintenir, par l'entremise du Régime général d'assurance médicaments, un accès économique raisonnable aux médicaments requis par l'état de santé des personnes en suivant l'évolution de la part du revenu consacré à l'achat de médicaments	Proportion des personnes adultes assurées par le régime public qui consacrent au moins 5 % de leur revenu annuel à l'achat de médicaments inscrits à la Liste de médicaments	De 2005 à 2006, la proportion est passée de 4,4 % à 4,6 %
	Proportion médiane du revenu des assurés adultes du régime public consacrée à l'achat de médicaments inscrits à la Liste de médicaments	De 2005 à 2006, la proportion a augmenté de 1,7 % à 1,8 %. En moyenne, un assuré adulte consacre, en 2006, une vingtaine de dollars de plus qu'en 2005 pour se procurer des médicaments couverts par le régime public

Orientation : **Informer la population sur son état de santé et de bien-être et sur les moyens de le maintenir ou de l'améliorer**

Objectifs	Indicateurs	Résultats
Informer la population sur son état de santé et de bien-être par la diffusion du rapport du Directeur national de santé publique	Diffusion de rapports	Trois rapports ont été diffusés par le Directeur national de santé publique au cours de la période 2005-2010
Renseigner la population sur l'accès aux services de chirurgie (délais d'attente, attente raisonnable, etc.)	Information disponible dans le site Web sur l'état des listes d'attente en chirurgie	Information disponible sur le site Web depuis février 2006
Rendre accessible aux citoyens et aux intervenants un ensemble intégré de ressources d'information, dont : • un guide papier de conseils vulgarisés sur quelque 200 problèmes courants de santé • le Portail santé sur Internet	Nombre d'exemplaires du guide papier diffusés	Dans l'esprit de la modernisation de l'État, le Ministère a décidé de produire uniquement une version électronique du Guide santé, ce qui permet une mise à jour constante
	Réalisation du volet spécifique d'une enquête par sondage mesurant l'utilisation et la satisfaction	Abandon de la réalisation de l'enquête à la suite de la décision de ne pas produire un guide papier
	Nombre de consultations du site Web	223 922 consultations du site
Poursuivre la réalisation des campagnes sociétales nécessaires au succès des actions de promotion de la santé et de prévention sur les thèmes prioritaires choisis par le Ministère, notamment sur : • le bon usage du médicament • l'usage du tabac/la réduction de la fumée de tabac dans l'environnement • la communication et l'estime de soi chez les jeunes/le soutien parental • la prévention des dépendances (alcool, drogues et jeu) • la promotion de saines habitudes de vie • la prévention des ITSS et du sida • la promotion de la vaccination contre l'influenza	Réaliser les objectifs mesurables fixés pour chacune des campagnes	Pour chaque campagne réalisée au cours de 2005-2010, il a été possible de mesurer une notoriété minimale de 30 % et un niveau de compréhension du message de 85 % auprès des publics ciblés et exposés

Orientation : Assurer la disponibilité de ressources humaines qualifiées

Objectifs	Indicateurs	Résultats
Assurer un niveau d'atteinte de 80 % des plans régionaux d'effectifs médicaux (PREM) en médecine de famille et en médecine spécialisée	Niveau d'atteinte des PREM par catégorie de régions	Selon les résultats préliminaires de 2010, le niveau d'atteinte des PREM est de : en médecine de famille : • 103 % en régions éloignées • 81 % en régions intermédiaires • 95 % en régions périphériques • 101 % en régions universitaires en médecine spécialisée : • 79 % en régions éloignées • 85 % en régions intermédiaires • 92 % en régions périphériques • 95 % en régions universitaires
Augmenter les admissions en médecine du contingent régulier à 748 pour 2005-2006 et à 772 pour 2006-2007	Nombre d'étudiants admis en médecine	789 admissions en 2009-2010
Faciliter l'intégration à la pratique de la médecine aux diplômés en médecine hors du Canada et des États-Unis	Nombre de permis restrictifs émis par le Collège des médecins du Québec pour combler des besoins cliniques en régions non universitaires	28 permis restrictifs
	Nombre de Québécois diplômés hors du Canada et des États-Unis (DHCEU) admis en résidence annuellement	62 Québécois DHCEU – voir annexe V
Soutenir l'implantation de 75 infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en cardiologie, en néphrologie et en néonatologie de même qu'en soins de première ligne	Nombre d'IPS candidates exerçant dans le réseau de la santé et des services sociaux ou en stage de formation	49 – voir annexe V
	Nombre d'IPS exerçant dans le réseau de la santé et des services sociaux	58
Identifier les problématiques de main-d'œuvre, selon les secteurs d'activité, à l'échelle nationale	Évolution de l'écart entre les besoins et la disponibilité des ressources dans les secteurs prioritaires	Suivi national réalisé Plan prévisionnel de main-d'œuvre produit aux paliers local et régional
Améliorer la gestion de la présence au travail	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,54 % – voir annexe V
Négocier des conventions collectives qui tiennent compte des particularités de l'établissement selon les orientations ministérielles en matière de négociations locales	Nombre de conventions collectives négociées, avec ou sans médiation	867 (95 %)
	Nombre de conventions collectives négociées, avec ou sans arbitrage	27 (3 %)
Effectuer un exercice de planification de la main-d'œuvre pour le personnel du Ministère en lien avec sa mission et ses responsabilités	Production d'un plan de gestion de la main-d'œuvre en 2005 pour le Ministère et identification des moyens et des stratégies d'adaptation de la main-d'œuvre ministérielle en réponse aux besoins à satisfaire et aux orientations gouvernementales notamment en matière de réduction de la taille de l'État	Plan de gestion de la main-d'œuvre diffusé en septembre 2005 La cible d'ETC a été réduite de 100, passant de 894 ETC en 2004-2005 à 794 ETC en 2009-2010
	Mise à jour annuelle du plan	Réalisé

Orientation : Optimiser l'utilisation des ressources informationnelles et la circulation de l'information clinique en soutien à l'intégration des services

Objectifs	Indicateurs	Résultats
Assurer la gouvernance des ressources informationnelles du Ministère et de son réseau en : • assurant l'évolution annuelle de l'architecture globale du plan d'informatisation • élaborant et en diffusant les normes et les standards qui soutiennent les orientations architecturales du plan d'informatisation • assurant la réalisation annuelle, par 100 % des agences, de plans régionaux d'informatisation arrimés avec l'architecture globale du plan d'informatisation	Révision annuelle de l'architecture globale	De 2005 à 2010, divers travaux ont été réalisés en lien avec les cibles suivantes : • Interopérabilité, à l'échelle québécoise et canadienne, des systèmes d'information en santé • Suivi des travaux des différents comités de travail d'Inforoute Santé du Canada (ISC) • Élaboration des orientations technologiques
	Normes et standards diffusés annuellement en lien avec l'architecture globale	Mise à jour du registre des normes et élaboration en cours d'un cadre de gestion de la normalisation incorporant un processus de validation et de diffusion des normes et standards
	Proportion des agences qui ont réalisé un plan d'informatisation arrimé	En 2006-2007, 100 % des agences ont déposé leur plan d'informatisation En 2009-2010, toutes les agences se sont engagées officiellement à participer au Dossier de santé du Québec
Implanter les systèmes d'information et les infrastructures technologiques ministérielles, provinciales et régionales en soutien à l'intégration des services et à la circulation de l'information clinique	Principaux systèmes d'information et infrastructures technologiques implantées et en cours de déploiement :	
	• Systèmes d'archivage et de transmission d'images diagnostiques numérisées dans le cadre du Dossier de santé du Québec (DSQ)	97 % des examens radiologiques sont produits annuellement en format numérisé en 2009-2010
	• Système d'information pour les personnes ayant une déficience (SIPAD)	En cours de déploiement en 2009-2010
	• Réseau de services intégrés pour les personnes âgées (RSIPA)	En cours de déploiement en 2009-2010
	• Système d'information clientèle pour les services de réadaptation en dépendance (SISRD)	Déployé en 2008-2009
	• Intégration CLSC, Système d'information sur la clientèle et les services des CLSC (I-CLSC)	Nouvelle version déployée en 2008-2009
	• Système d'information sur la sécurité des soins et des services (SISSS)	Déployé en 2008-2009
	• Système d'information sur les ressources de type familial (SIRTF)	Déployé en 2008-2009
	• Système d'information sur les mécanismes d'accès aux services spécialisés (SIMASS-chirurgie)	Déployé en 2007-2008
	• Info-Santé Web et système de réponse téléphonique	Déployé de 2006-2007 à 2007-2008

Orientation : (*suite*) **Optimiser l'utilisation des ressources informationnelles et la circulation de l'information clinique en soutien à l'intégration des services**

Objectifs	Indicateurs	Résultats
Informer la population sur les moyens mis en œuvre pour assurer l'accessibilité, la qualité et la sécurité dans la circulation de l'information clinique	Diffusion de l'information à la population – mise en place du DSQ	Poursuite du projet expérimental dans la région de la Capitale-Nationale portant sur un sous-ensemble du DSQ (huit domaines d'application)
Réaliser et mettre en œuvre des cadres de gestion conduisant à la certification des applications et à l'utilisation de normes et de standards favorisant l'interopérabilité, la réutilisation, la concertation et l'intégration des systèmes d'information et des infrastructures technologiques	Réalisation et évolution de la mise en œuvre de cadres de gestion sur : • la certification • la normalisation	Portée de la certification révisée pour prioriser les systèmes cliniques et médico-administratifs Approbation de nouvelles normes en 2006-2007 et élaboration en cours d'un cadre de gestion sur la normalisation en 2009-2010
	Nombre de projets informatiques certifiés	Au total, plus d'une cinquantaine de certifications et une dizaine de renouvellements de certification au cours de la période 2005-2010

Orientation : **Soutenir l'organisation des activités universitaires dans le secteur de la santé**

Objectifs	Indicateurs	Résultats
Poursuivre l'instauration des plans de pratique pour les médecins spécialistes œuvrant en milieu universitaire	Nombre de départements cliniques en centre hospitalier universitaire, en centre hospitalier affilié universitaire et en institut universitaire où sont établis des plans de pratique	La notion de plan de pratique a été remplacée par des forfaits de rémunération des tâches d'enseignement et de recherche convenus avec la Fédération des médecins spécialistes du Québec
Réaliser les travaux de construction et d'aménagement requis pour adapter les installations universitaires dans le secteur de la santé, basé sur une vision de l'organisation universitaire pour le développement des soins, des pratiques de pointe, de l'enseignement, de la recherche et des technologies	Évolution des projets de construction et de rénovation	Transfert de responsabilités du Ministère au Bureau de modernisation des centres hospitaliers universitaires de Montréal – CHUM, CUSM, CHU Sainte-Justine en 2006-2007

4. La gestion efficiente des ressources financières allouées au réseau de la santé et des services sociaux

Orientation : **Assurer une gestion des ressources financières qui respecte le cadre budgétaire du gouvernement et qui est équitable pour toutes les régions du Québec**

Objectifs	Indicateurs	Résultats
Assurer la dispensation des services dans le respect de l'enveloppe budgétaire tout en poursuivant les efforts en vue d'atteindre les objectifs d'équilibre budgétaire du réseau de la santé et des services sociaux	Respect de l'enveloppe budgétaire	Écart par rapport à la cible déficitaire provinciale de 34,2 M$ (0,18 % du budget 2009-2010)
Réduire d'au moins 50 % les écarts estimés de financement entre les régions par le mode d'allocation des ressources, basé sur une approche populationnelle, en s'assurant d'une réduction à chacune des années	Écarts de financement interrégionaux	Écart global de financement entre les régions de 1,79 % en 2009-2010 pour une réduction de 32,1 % comparativement à l'année 2004-2005

Annexe V

L'évolution des résultats au regard des objectifs du Plan stratégique 2005-2010

ENJEU

1. Le développement d'actions efficaces en amont des problèmes

Orientation : **Améliorer la santé et le bien-être de la population par une action efficace en promotion, en prévention et en protection**

Objectifs	Indicateurs	Résultats				
		2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Implanter l'approche École en santé dans les écoles, et ce, en partenariat avec le réseau de l'éducation et les autres partenaires de la communauté	Nombre d'écoles où est implantée l'approche École en santé	238 écoles sur 2 530, soit 9,4 %	435 écoles sur 2 728, soit 16 %	689 écoles sur 2 810, soit 25 %	1 025 écoles sur 2 944, soit 35 %	ND
Rejoindre les clientèles vulnérables au regard du VIH/sida, du virus de l'hépatite C et des infections transmissibles sexuellement et par le sang par les SIDEP (CSSS mission CLSC)	Nombre d'activités de dépistage des ITSS réalisées dans et hors les murs des SIDEP	ND	16 304	19 113	16 928	15 870
	Nombre d'interventions de vaccination réalisées dans et hors les murs des SIDEP	ND	8 403	9 774	9 648	6 092

2. L'adaptation de l'organisation des services afin d'assurer une meilleure accessibilité et une plus grande continuité des services, particulièrement pour les clientèles les plus vulnérables

Orientation : Améliorer l'accès aux services généraux de première ligne et réduire l'encombrement des urgences

Objectifs	Indicateurs	Résultats				
		2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Assurer à la population l'accès à un médecin de famille, notamment par la mise en place de 300 groupes de médecine de famille (GMF)	Nombre total de GMF implantés	108	125	157	193	209
	Pourcentage de la population inscrite en GMF au 31 mars	11 %	14 %	18 %	25 %	30 %
	Nombre total de cliniques-réseau implantées	12	23	29	35	44
Maintenir ou diminuer le temps de séjour sur civière à l'urgence :						
• Séjour moyen sur civière de 12 heures et moins	Séjour moyen sur civière	15,4 heures	16,3 heures	16,5 heures	17,1 heures	17,6 heures
• 0 % de patient séjournant 48 heures et plus sur une civière	Pourcentage des séjours de 48 heures et plus sur une civière	4,9 %	6,0 %	6,1 %	6,4 %	7,2 %

Orientation : Améliorer l'accès aux services de chirurgie et de cardiologie tertiaire en vue de réduire les listes d'attente

Objectifs	Indicateurs	Résultats				
		2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Accroître la capacité d'intervention pour les patients ayant besoin d'une :	Nombre de chirurgies effectuées[1]					
• Chirurgie de la cataracte		70 175	73 482	79 802	88 670	ND
• Arthroplastie de la hanche		4 474	4 421	4 859	5 134	ND
• Arthroplastie du genou		5 863	6 171	6 463	7 138	ND
• Chirurgie avec hospitalisation		158 410	158 140	158 442	161 095	ND
• Chirurgie d'un jour		190 446	190 165	191 372	208 668	ND
Assurer la capacité du réseau à répondre adéquatement aux besoins de la clientèle en cardiologie tertiaire en :	Pourcentage de patients de la catégorie traités à l'intérieur des délais établis :					
• Hémodynamie	Catégorie A	88,0 %	92,1 %	91,9 %	95,1 %	91,9 %
	Catégorie B	90,1 %	94,6 %	90,4 %	96,4 %	90,9 %
• Chirurgie cardiaque	Catégorie A	87,5 %	90,2 %	86,1 %	92,4 %	82,1 %
	Catégorie B	72,6 %	80,9 %	67,5 %	80,8 %	74,4 %
• Électrophysiologie	Catégorie A	61,6 %	69,2 %	73,2 %	75,9 %	75,3 %
	Catégorie B	41,7 %	41,0 %	49,5 %	50,7 %	38,9 %

1. Ces données proviennent de Med-Écho. Les données finales et validées concernant l'exercice 2009-2010 ne seront disponibles qu'à l'automne 2010.

Orientation : Offrir un continuum de services pour la lutte contre le cancer

Objectifs	Indicateurs	Résultats				
		2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Consolider le Programme québécois de dépistage du cancer du sein	Taux de participation au programme	49,4 %	51,1 %	53,1 %	54,8 %	56,4 %
Assurer la disponibilité des équipes interdisciplinaires locales, régionales et suprarégionales de lutte contre le cancer	Nombre d'équipes interdisciplinaires locales, régionales et suprarégionales visitées et évaluées	28 locales 5 régionales	35 locales 3 régionales 5 suprarég.	70 locales 10 régionales 64 suprarég	70 locales 10 régionales 75 suprarég	70 locales 10 régionales 75 suprarég
Assurer la capacité d'intervention des services spécialisés en radiothérapie en fonction du délai établi de 4 semaines	Proportion des patients traités à l'intérieur d'un délai de 4 semaines (moyenne des 4 semaines de la période 13)	—	96 %	95 %	97 %	99 %
Accroître l'accès aux services de soins palliatifs :						
• En augmentant le nombre de personnes desservies	Nombre de personnes desservies à domicile	18 890	18 513	18 701	19 047	18 860
• En augmentant l'intensité des services	Nombre moyen d'interventions à domicile par personne	16,4	17,4	18,6	19,7	19,4

Orientation : Permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie de demeurer le plus longtemps possible dans leur communauté

Objectifs	Indicateurs	Résultats				
		2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile :						
• En augmentant à 16 % la proportion de personnes âgées de 65 ans et plus en perte d'autonomie desservies dans la communauté	Nombre de personnes desservies	155 133	159 887	165 935	174 315	174 959 soit 15 % des personnes âgées de 65 ans et plus
• En offrant une réponse plus complète aux besoins en augmentant l'intensité des services de 15 % (soit 24 interventions en 2010)	Nombre moyen d'interventions par personne	25,2	26,7	27,6	28,6	29,4

Orientation : **Intervenir de façon précoce, intensive et en continuité, le plus près possible des milieux de vie, afin de prévenir l'aggravation et la récurrence des problèmes d'adaptation sociale des jeunes et des familles**

Objectifs	Indicateurs	Résultats				
		2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Améliorer l'accessibilité et l'intensité des services jeunesse dans les territoires locaux :						
• En rejoignant 7,50 % des jeunes âgés de 0 à 17 ans, en 2010, par les services psychosociaux	Proportion des jeunes rejoints	110 973 (7,22 %)	111 714 (7,36 %)	112 332 (7,46 %)	115 307 (7,75 %)	118 425 (7,8 %)
• En offrant en moyenne 7 interventions, par année, par usager	Nombre moyen d'interventions par jeune	6,59	6,59	6,71	7,05	7,13
Assurer l'accès aux services spécialisés dans les centres jeunesse, offerts en vertu de la Loi sur la protection de la jeunesse (LPJ) :						
• 12 jours calendrier pour les services d'évaluation (LPJ)	Délai moyen d'attente à l'évaluation en protection de la jeunesse	17,0	17,6	15,4	15,6	15,4
• 30 jours calendrier pour l'application des mesures (LPJ)	Délai moyen d'attente à l'application des mesures en protection de la jeunesse	27,8	19,8	18,5	14,1	12,0

Orientation : **Traiter et soutenir efficacement les jeunes et les adultes ayant un trouble mental ainsi que les personnes présentant un risque suicidaire**

Objectifs	Indicateurs	Résultats				
		2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Augmenter le nombre de jeunes et d'adultes rejoints par les services d'évaluation, de traitement et de suivi dans les services de santé mentale de première ligne offerts dans les CSSS, en complémentarité avec les ressources de première ligne existantes sur le territoire	Nombre d'enfants et de jeunes ayant bénéficié de ces services	ND	6 483	8 747	10 605	14 355
	Nombre d'adultes ayant bénéficié de ces services	ND	38 639	42 990	46 735	58 012
Améliorer l'accès aux services d'intégration dans la communauté pour les adultes ayant des troubles mentaux graves :						
• En suivi intensif	Nombre de places en services de suivi intensif dans le milieu	1 532	1 588	1 617	1 826	2 004
• En soutien d'intensité variable	Nombre de places en services de soutien d'intensité variable dans la communauté	3 090	3 396	3 376	3 676	3 998
Assurer l'accès à l'évaluation et au traitement en psychiatrie à l'intérieur d'un délai de 60 jours	Nombre d'usagers de moins de 18 ans dont le délai d'accès aux services de deuxième ou de troisième ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	ND	2 310	1 946	1 680	1 999
	Nombre d'usagers de 18 ans et plus dont le délai d'accès aux services de deuxième ou de troisième ligne en santé mentale est supérieur à 60 jours	ND	3 126	2 769	2 906	3 396

Orientation : **Favoriser l'intégration et la participation sociales des personnes présentant une déficience**

Objectifs	Indicateurs	Résultats				
		2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Accroître l'offre globale des services de soutien à domicile en augmentant le nombre de personnes desservies et en augmentant l'intensité des services :						
• Personnes présentant une déficience physique	Nombre de personnes desservies	41 384	39 515	38 874	38 930	39 737
	Nombre moyen d'interventions par personne	25,6	27,0	28,2	29,9	30,6
• Personnes présentant une déficience intellectuelle ou un trouble envahissant du développement	Nombre de personnes desservies	10 391	10 912	11 428	13 070	13 901
	Nombre moyen d'interventions par personne	10,7	11,3	10,7	10,0	10,8

Orientation : **Agir sur les difficultés d'adaptation sociale des personnes aux prises avec une dépendance (alcoolisme, autres toxicomanies, y compris le jeu pathologique)**

Objectifs	Indicateurs	Résultats				
		2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Intensifier la détection, l'évaluation et la référence des jeunes présentant un problème de toxicomanie, pour l'ensemble des régions du Québec	Nombre de jeunes ayant été détectés, évalués et référés par un mécanisme d'accès	3 910	4 191	4 759	—[1]	—[1]
Accroître l'accessibilité aux services spécialisés en jeu pathologique dans l'ensemble des régions du Québec	Nombre de joueurs traités par ces services	6 201	5 674	5 178	4 735	4 622

2. Objectif atteint en 2007-2008.

ENJEU

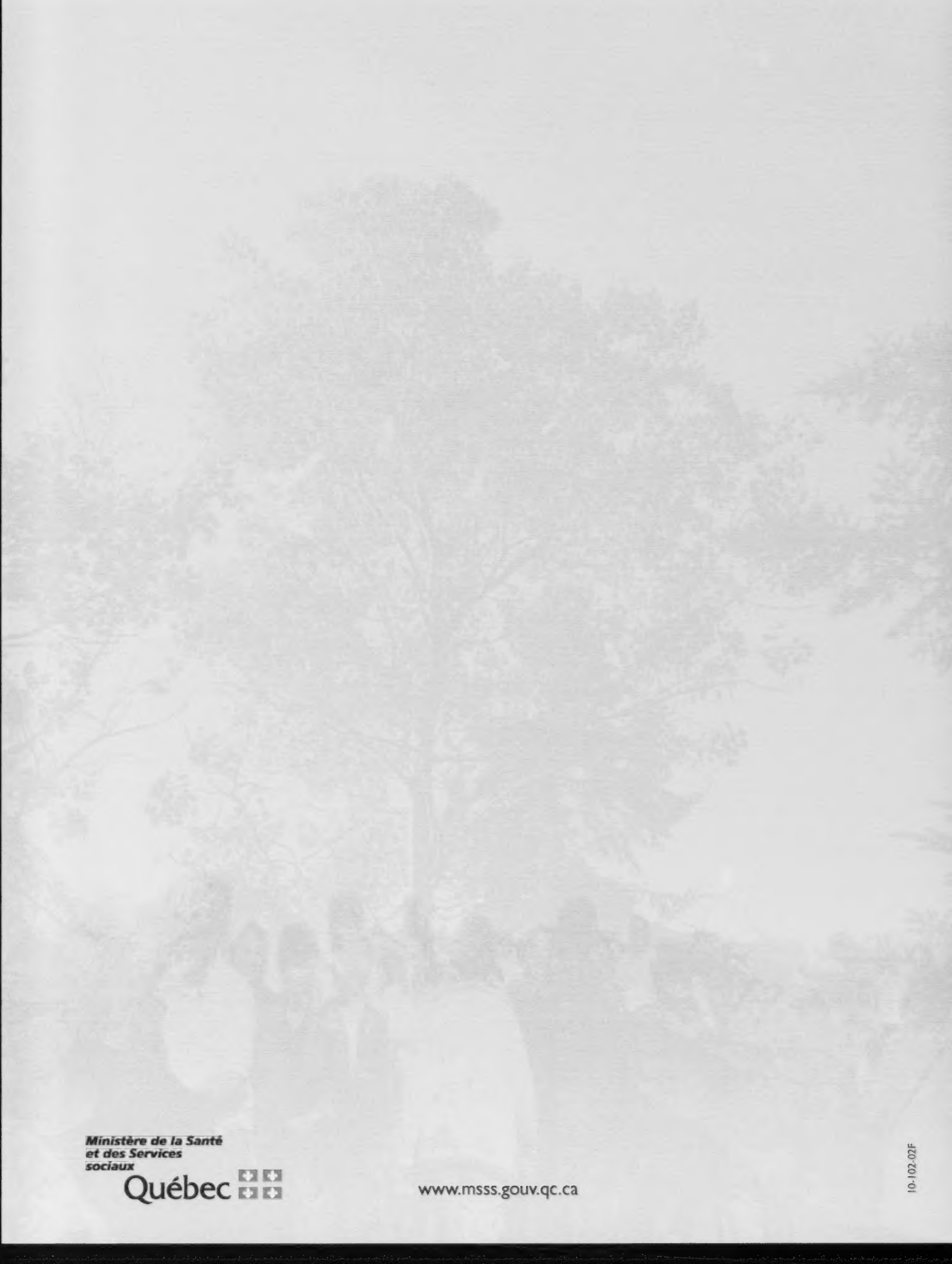
3. L'amélioration de la qualité des services ainsi que l'optimisation de l'utilisation des ressources qui soutiennent la dispensation des services

Orientation : **Améliorer la qualité et assurer la prestation sécuritaire des services de santé et des services sociaux**

Objectifs	Indicateurs	Résultats				
		2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Réduire l'incidence moyenne annuelle des infections nosocomiales faisant l'objet d'une surveillance provinciale	Taux de diarrhées associées au *Clostridium difficile*/ 10 000 patients-jours	9,1	8,9	7,3	6,4	6,4

Orientation : **Assurer la disponibilité de ressources humaines qualifiées**

Objectifs	Indicateurs	Résultats				
		2005-2006	2006-2007	2007-2008	2008-2009	2009-2010
Augmenter les admissions en médecine du contingent régulier à 748 pour 2005-2006 et à 772 pour 2006-2007	Nombre d'étudiants admis en médecine	748	772	772	772	789
Faciliter l'intégration à la pratique de la médecine aux Québécois détenteurs d'un diplôme d'une faculté de médecine située à l'extérieur du Canada et des États-Unis (DHCEU)	Nombre de Québécois DHCEU admis en résidence annuellement	58	60	58	77	62
Soutenir l'implantation de 75 infirmières praticiennes spécialisées (IPS) en cardiologie, en néphrologie et en néonatologie de même qu'en soins de première ligne	Nombre d'IPS exerçant dans le réseau de la santé et des services sociaux	ND	17	27	40	58
Améliorer la gestion de la présence au travail	Ratio entre le nombre d'heures en assurance salaire et le nombre d'heures travaillées	5,74 %	5,80 %	5,75 %	5,62 %	5,54 %



Ministère de la Santé et des Services sociaux
Québec

www.msss.gouv.qc.ca

10-102-02F